DES VICES DE CONFORMATION

DE

L'UTÉRUS ET DU VAGIN

ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

PAR

Le Dr LÉON LE FORT

Chirurgien des hôpitaux, prosecteur de la Faculté de médecine,
membre de la Société anatomique, de la Société médicale d'observation,
membre correspondant dell' Accademia fisio-medica de Milan, dell' Accademia Gioenia
de Catane, des Sociétés de médecine du département du Nord,
d'Odessa, etc.

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1863

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

DES VICES DE CONFORMATION

DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

ET DES MOYENS D'Y REMÉDIER

Les vices dans la conformation des organes qui composent le corps de l'homme ou celui des animaux, vices si fréquents et si variés, ont excité de tous temps l'intérêt et la surprise.

Sur un pareil sujet, l'imagination pouvait se donner libre carrière, et l'amour du merveilleux devait augmenter ce qu'avaient d'extraordinaire les faits qui se présentaient à une observation trop peu rigoureuse, faits qui, se transmettant ensuite par tradition, devenaient peu à peu, par de nouveaux détails, plus merveilleux encore.

Les explications variaient avec les idées dominantes, et l'ignorance invoqua longtemps des causes surnaturelles : tantôt la colère des dieux ou l'œuvre du démon, tantôt les pratiques de la sorcellerie, produisaient les êtres les plus bizarres ; plus tard, des rapports contre nature faisaient engendrer à des animaux les monstres dont A. Paré lui-même nous a transmis les images.

Les écarts de l'esprit chez la femme enceinte, la frayeur ou les désirs inassouvis, ne pouvaient manquer d'être invo-

qués à une époque où l'on accordait tant à l'imagination, jusqu'au jour où, faute d'explication satisfaisante, on se contenta d'accuser la nature d'imperfection dans cette œuvre de formation dont nous connaissons les progrès et les résultats, mais dont nous ignorons encore le point de départ et le mécanisme intime.

Les vices de conformation de l'utérus, appréciables surtout à l'autopsie, devaient, beaucoup plus tard que les anomalies des organes extérieurs, attirer l'attention. Sans doute, il n'en était pas de même de ceux du vagin, mais leur nature ne pouvait être bien connue de chirurgiens ou d'anatomistes qui discutaient encore sur l'existence normale de l'hymen et qui manquaient de notions physiologiques sur le mode de formation de l'appareil génital.

Ce n'est guère qu'à partir du XVIIe siècle que nous trouvons dans les annales de la science des faits observés avec une certaine rigueur, et que l'attention des chirurgiens fut attirée non-seulement sur les vices de conformation de l'utérus, mais aussi sur la manière dont on pouvait scientifiquement expliquer ces conformations vicieuses.

Jusque dans ces dernières années, c'est par l'anatomie comparée qu'on chercha à se rendre compte des faits observés dans l'espèce humaine.

Les anomalies dans la configuration de l'utérus et du vagin, sont, comme nous le verrons, assez fréquentes et surtout très variées. S'il paraît difficile, au premier abord, de rattacher à un même mode de formation, identique dans sa nature, mais incomplet dans son développement, le manque absolu ou partiel, ou au contraire le doublement de l'utérus et du vagin, la formation incomplète des cloisons vésico-vaginale et vésico-rectale ou l'existence dans le vagin lui-même d'une cloison anormale, nous pouvons

aujourd'hui, grâce aux travaux de Müller, Coste, Delpech, Valentin, Reichert, Breschet, Bischoff, Rathke, Geoffroy Saint-Hilaire, Serres, Köbelt, prendre pour base de ces études, non l'anatomie comparée, mais l'anatomie de développement. « C'est par un arrêt et non par un excès de développement qu'il faut, dit Geoffroy Saint-Hilaire, expliquer la duplicité des organes uniques et médians. » C'est donc par l'embryogénie que nous chercherons à expliquer les anomalies si diverses du canal utéro-vulvaire.

PATHOGÉNIE

Sur les côtés de la colonne vertébrale, s'étendant de la poitrine au bassin, très développés déjà dans un embryon de trente-cinq jours, se rencontrent deux corps allongés appelés corps de Wolff, du nom de l'anatomiste qui, l'un des premiers (1), en donna la description.

Ce corps singulier, dont l'utilité a été interprétée de façons fort diverses, se compose essentiellement de tubes en cæcum, s'ouvrant par leur extrémité externe dans un canal qui longe le bord correspondant de la glande, et qui, par son extrémité inférieure, aboutit au cloaque : ce canal, c'est le conduit excréteur du corps de Wolff.

Vers le bord interne du corps de Wolff, du côté qui répond à l'extrémité fermée des tubes en cæcum, se trouve un renflement qui, augmentant peu à peu de volume en perdant de sa longueur, formera le premier rudiment du testicule ou de l'ovaire.

En dehors, accolé et parallèle au conduit excréteur, mais tout à fait indépendant des tubes, se trouve un second cordon, d'abord plein, creusé plus tard en canal : c'est le conduit de Müller (2).

(1) Wolff, Halle, 1774.

(2) Muller, *Entwickelung der Genitalien*, 34-38.

Ces deux canaux, l'un conduit excréteur des tubes en cæcum, l'autre destiné à servir plus tard (1), vont tous deux se rendre à cette partie du canal uro-intestinal que forme le pédicule de l'allantoïde et qui constitue le cloaque. Mais si presque tous les embryologistes modernes sont d'accord sur la disposition du corps de Wolff, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de ses usages et de ses transformations.

Rathke (2) prétend qu'il disparaît complétement chez les femelles, mais qu'il persiste en partie chez les mâles pour former l'épididyme.

Pour Coste (3), les corps de Wolff sont des organes sécréteurs particuliers, des glandes de dépuration dont la présence est sans doute nécessaire chez le fœtus, mais qui disparaissent plus tard pour ne plus laisser de traces autres que de faibles débris.

Pour ce physiologiste, le conduit excréteur n'entre pour rien dans la formation du spermiducte ou de l'oviducte, et le conduit de Müller seul devra former plus tard, soit la trompe utérine, soit le canal déférent.

C'est à J. Müller (4) et à Köbelt (5) que nous sommes redevables de cette découverte, que l'oviducte et le cordon spermatique ne sont pas, comme on le croyait autrefois, un seul et même organe, mais bien deux organes distincts.

Tandis que les cordons spermatiques prennent naissance des conduits sécréteurs du corps de Wolff, les oviductes naissent des conduits de Müller. Cependant, suivant Köbelt,

(1) Köbelt, *Nebenierstock des Weibes*, 1847, S. 17.
(2) Rathke, *Entwickelung der Natter*, S. 210.
(3) Longet, *Physiologie*, t. II, p. 212.
(4) Müller, *Bildungsgeschichte der Genitalien*, 1830.
(5) Köbelt, *op. cit.*, p. 17.

il existe un moment dans la première période de la vie intra-utérine où la distinction entre les sexes est impossible à faire. Cette particularité est due à la coexistence temporaire, chez chaque individu, de tous les éléments des organes reproducteurs.

Quelle est la force qui imprime, à un moment donné, à l'organisation animale une impulsion vers l'un ou l'autre sexe? Nous ne pouvons pas et nous ne pourrons sans doute jamais le savoir ; mais nous connaissons du moins aujourd'hui les changements qui s'opèrent, changements qui consistent dans le développement de certains éléments et l'atrophie de quelques autres. Ainsi, l'organe principal, la glande de la reproduction, peut se convertir en testicule ou en ovaire, mais le canal de Müller et le conduit excréteur du corps de Wolff se développeront ou s'atrophieront suivant que le fœtus devra prendre les caractères du sexe mâle ou appartenir au sexe féminin.

Chez le mâle, le corps de Wolff ne disparaît jamais entièrement ; ses tubes moyens forment les vaisseaux afférents qui vont du testicule à l'épididyme; ceux des extrémités disparaissent ou simplement s'atrophient, les supérieurs devenant souvent de petits kystes épididymaires, les inférieurs formant très vraisemblablement les *vasa aberrantia* de Haller.

Le conduit excréteur forme le canal déférent et celui de l'épididyme; quant au conduit de Müller, il s'atrophie et disparaît.

Chez le fœtus du sexe féminin, les tubes du corps de Wolff subissent une transformation analogue à celle que nous venons de voir chez l'homme, et viennent constituer l'organe de Rosenmüller. Les tubes moyens forment les canalicules de ce corps, lesquels aboutissent au hile de

l'ovaire et sont les représentants des vaisseaux séminifères efférents ; les inférieurs et les supérieurs disparaissent ou s'atrophient et restent les analogues des *vasa aberrantia*.

Le canal excréteur, au lieu de se développer comme chez l'homme, où il devient conduit spermatique, disparaît par atrophie (1).

Le conduit de Müller qui chez l'homme s'efface, se creuse d'un canal et se développe au contraire chez la femme, devient l'oviducte, et deviendra plus tard, comme nous allons le voir, l'utérus et la trompe de Fallope.

Ainsi, suivant l'atrophie ou le développement de l'un ou l'autre des deux canaux ou cordons qui se trouvent sur le bord externe des corps de Wolff, nous aurons pour résultat la formation d'un ovaire ou celle d'un testicule. Peut-il arriver une déviation de la force formatrice, telle que l'un de ces corps glandulaires devienne un ovaire, tandis que l'autre, subissant une évolution différente, produise un testicule? Nous pouvons répondre affirmativement; nous en citerons des exemples, et il est facile de voir, d'après ce que nous venons de dire, qu'on aurait pu sans une témérité excessive, grâce à la connaissance de l'évolution normale, annoncer à priori la possibilité d'une évolution pathologique et l'existence de l'hermaphrodisme latéral, qu'on a regardé longtemps comme absolument impossible.

Nous devons étudier maintenant comment les conduits de Müller se disposent pour former l'utérus et la trompe de Fallope.

L'allantoïde se forme par une sorte de bourgeonnement creux qui part de la face antérieure de la portion rectale de l'intestin, ou du moins sa cavité entre de bonne heure en

(1) Farre, *Encyclop. of Anat. parovarium.*

communication avec celle de ce cul-de-sac inférieur du tube digestif. La vésicule allantoïdienne conserve quelque temps ces rapports par l'intermédiaire de son pédicule creux (ouraque), dont la partie inférieure se transforme elle-même en vessie urinaire. Il s'ensuit que les parties génito-urinaires internes et l'intestin aboutissent à un véritable cloaque, comparable à celui qui, à l'extérieur, précède la formation de l'anus et de l'orifice uro-génital (1).

D'après Rathke (2), la matrice prend naissance en partie du canal génital, en partie de la portion terminale des deux tubes de Müller, ou oviductes. Ces tubes forment le segment supérieur de l'utérus, tandis que les canaux uro-génitaux se séparent par étranglement dans le vagin, pour former la partie supérieure de ce canal et le segment inférieur de l'utérus.

Les différentes formes de la matrice chez les mammifères dépendraient donc de la part prépondérante que prendraient à sa formation, soit le canal génital, soit les oviductes ; ces derniers prenant, par exemple, une plus grande part dans l'évolution formatrice de l'organe, donneraient naissance à un utérus bicorne.

Cette théorie permet facilement de comprendre comment on peut rencontrer une matrice simple à sa partie inférieure, double vers son fond ; mais elle ne saurait expliquer comment une matrice double peut coexister avec un double vagin.

Serres (3), Geoffroy Saint-Hilaire (4), Mondini (de Bolo-

(1) Longet, *loc. cit.*, t. II, p. 211.

(2) Kusmaul, *Ueber Mangel, Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter*, Würtzbourg, 1859.

(3) Serres, *Mém. de l'Instit.*, 1832, vol. XI.

(4) Geoffroy Saint-Hilaire, *Traité de tératologie*, 1832, t. I, p. 552.

gne) (1), ont des premiers émis l'opinion que les organes médians sont dans l'origine doubles et séparés, et qu'ils parcourent dans leur développement trois périodes distinctes :

1° Séparation et dédoublement complet;

2° Rapprochement et réunion sur la ligne médiane;

3° Fusion complète.

Les travaux de Bischoff (2) et de Leuckart (3) établirent sur des bases anatomiques, ce qui n'était, de la part de Serres et de Geoffroy Saint-Hilaire, qu'une idée théorique toute spéculative.

Ils constatèrent à plusieurs reprises, sur des coupes transversales du canal génital féminin, l'existence d'une cloison longitudinale. Après eux, Thiersch (4) a poursuivi sur des embryons de mouton la formation de l'utérus et du vagin, et il put voir que ces organes naissent par deux canaux juxtaposés, lesquels ne sont rien autre chose que les canaux de Müller.

Le canal de Müller, placé au niveau du corps de Wolff, sur le bord externe du conduit excréteur de cette glande, change plus bas sa situation et ses rapports; il se porte en avant, décrit une demi-spirale autour de ce conduit, lui devient interne, et se trouvant alors en contact avec le canal de Müller du côté opposé, s'accole et se soude bientôt à son congénère, prenant ainsi une disposition qu'on peut comparer à celle d'un double canon de fusil.

A cette période, d'après J. F. Meckel, bien que les organes génitaux internes aient pris la forme rudimentaire

(1) Mondini, *Instit. de Bologne*, 1836, t. II.

(2) Bischoff, *Entwickelung*, Leipzig, 1842, S. 36.

(3) Leuckart, *Münchner med. Zeit.*, 1852.

(4) Thiersch, *ibid.*, 1852.

qui appartient au sexe féminin, les organes externes ne présentent encore aucune différence sexuelle.

A partir de l'endroit où les deux oviductes sont arrivés au contact, se formera plus tard la matrice; mais sur des embryons de huit à neuf semaines, J. F. Meckel put constater l'égalité de calibre et l'absence de démarcation entre l'oviducte, l'utérus et le vagin rudimentaires.

Vers dix à douze semaines, comme a pu le constater Kussmaul, la matrice se laisse distinguer assez facilement du vagin par un renflement un peu plus fort et une consistance un peu plus grande; les oviductes très fins commencent à devenir flexueux et sont d'un tiers plus longs que la corne utérine correspondante.

Cette distinction, cette séparation entre l'utérus et la trompe a-t-elle lieu toujours au même niveau dans l'état normal?

C'est une question à laquelle on peut répondre par l'affirmative. On sait que du conduit de Müller se détache un petit ligament qui se dirige en avant, vers le pubis : c'est le ligament de Hunter. Or, l'endroit où la fusion tend à avoir lieu vers le haut, est indiqué par le point de départ de ce lien fibreux, qui sera plus tard le ligament rond; ce qui est au-dessus deviendra la trompe, ce qui est au-dessous deviendra l'utérus.

La séparation du vagin et de l'utérus semble fréquemment avoir lieu déjà à la fin du troisième mois; cependant J. Müller, sur un embryon de cet âge, ne trouva point de limites précises entre l'utérus muni de ses cornes et le vagin très long, dirigé en bas et présentant une ouverture commune avec l'urèthre.

A la fin du cinquième mois ou au commencement du sixième, le fond de l'utérus commence à s'élever légère-

ment et à dépasser le niveau des trompes. Dans le cours du sixième mois, la matrice augmente notablement en circonférence et en volume, en même temps qu'elle devient de plus en plus cylindrique. Peu à peu le corps se forme par l'élargissement plus prononcé de la partie supérieure, et cependant sur un fœtus à terme, c'est à peine si, par suite de la longueur du col, le corps de l'utérus représente un tiers de la hauteur de l'organe, prise en totalité.

En résumé : deux cordons d'abord pleins (canaux de Müller), séparés en haut par la largeur de la colonne vertébrale et des corps de Wolff, s'unissent en bas en s'adossant l'un à l'autre. La partie située au-dessus du point de jonction et du ligament de Hunter deviendra la trompe ; la partie située au-dessous deviendra l'utérus et la portion utérine du vagin.

Chacun de ces cordons se creuse d'une cavité distincte, puis la cloison qui sépare les parties accolées disparaît de bas en haut, et le conduit vagino-utérin, d'abord double, deviendra plus tard simple. Il nous sera maintenant facile de montrer comment l'absence de jonction ou la jonction tardive des tubes de Müller donnera naissance à un utérus double, bifide ou simplement échancré ; comment, malgré une jonction complète, la non-disparition de la cloison médiane produira un double vagin ou un utérus cloisonné en deux parties; comment sa disparition incomplète amènera la coexistence d'un vagin simple et d'un utérus à cavité double, et comment cette double cavité pourra être, suivant l'arrêt de développement, complète ou incomplète.

Le cloaque, ou canal uro-génital, est, nous l'avons vu, l'aboutissant de l'intestin, du pédicule de l'allantoïde ou de la vessie, du canal excréteur des corps de Wolff, des canaux de Müller, enfin des uretères ; mais nous devons surtout y

distinguer deux parties : une portion rectale, une portion vésicale.

La première, ou rectale, déborde un peu la seconde, et, à la période où nous nous plaçons, le rectum se termine en cul-de-sac du côté des téguments, mais communique largement en avant avec la vessie.

A l'endroit où se fait l'abouchement de ces deux organes, existe un éperon peu distinct d'abord, mais qui, devenant de plus en plus marqué, descendra de haut en bas sous forme d'une membrane aplatie, et viendra séparer complétement la cavité intestinale du réservoir urinaire.

Que la formation de cet éperon ne soit pas complète, qu'il n'arrive pas jusqu'au cul-de-sac qui plus tard se creusera pour devenir l'anus, nous aurons sur un point plus ou moins étendu une communication anormale entre les deux réservoirs, une fistule congénitale ou un abouchement direct entre le rectum et la vessie, et, comme nous le verrons chez la femme, entre l'intestin et la cavité vaginale.

Aboutissant à la partie postéro-inférieure de la portion vésicale du cloaque, ou mieux du pédicule allantoïdien, les canaux de Müller réunis en vagin double mais rudimentaire, forment avec le rectum et la vessie, un double éperon, l'un antérieur, l'autre postérieur. L'éperon postérieur s'allongeant formera (comme nous venons de le dire plus haut pour la cloison vésico-rectale chez l'homme) une cloison recto-vaginale qui, par le même mécanisme, pourra être ou tout à fait ou partiellement incomplète.

Les mêmes phénomènes se passent entre la vessie et le conduit vagino-utérin, et une cloison vésico-vaginale qui pourra être aussi incomplète, viendra séparer le vagin de la vessie.

Ainsi donc, en décomposant et en séparant, pour les faire

mieux comprendre, des actes qui s'enchaînent et se relient intimement les uns aux autres, nous voyons le cloaque remplacé maintenant par une triple cavité, grâce à la formation de deux cloisons horizontales : en arrière, le rectum; en avant, la vessie rétrécie au niveau de son col; entre les deux, un vagin double, d'abord plein, plus tard creux sous forme de deux conduits, plus tard encore devenu une cavité unique.

Il nous reste à voir maintenant comment ces trois canaux s'ouvrent à l'extérieur par des orifices distincts à l'état normal, orifices qui peuvent se fusionner ou manquer au contraire en tout ou en partie.

Les parties génitales externes ne se forment qu'après que les organes génitaux internes ont déjà accompli une partie de leur évolution formatrice. A l'endroit où plus tard devra exister l'anus, se formera, vers la cinquième semaine, une fente qui devient de plus en plus profonde par corrosion du feuillet tégumentaire externe. Un travail pareil s'accomplit dans la profondeur du cul-de-sac rectal vers les téguments, et lorsque l'évolution marche régulièrement, cette fente communique avec le cloaque et par suite avec les cavités rectale, vésicale et vaginale qui plus tard sont devenues distinctes (1).

Vers le trentième jour, d'après Coste (2), il apparaît sur les bords et vers la partie supérieure de cette fissure, deux éminences arrondies qui donneront naissance au clitoris et aux petites lèvres.

Au-dessous de ces éminences, s'en développent deux autres, lesquelles devront former le scrotum chez l'homme, les grandes lèvres chez la femme.

(1) Longet. *Phys.*, 209.

(2) *Annales françaises et étrangères d'anatomie et de physiologie*, 1835.

Enfin, plus bas se produit une cloison transversale qui séparera l'anus de la vulve en devenant le périnée.

C'est par la disparition des tissus placés entre le cul-de-sac rectal, le vagin et la vessie d'une part, et le tégument externe de l'autre part, que les trois cavités intestinale, génitale et urinaire s'ouvrent à l'extérieur. Ce travail d'absorption ne se fait pas seulement, d'après Coste, de l'extérieur vers l'intérieur, il se fait aussi de la profondeur vers la superficie.

Que ce travail ne s'accomplisse pas régulièrement et complétement au niveau de la dépression anale, le cul-de-sac rectal ne s'ouvrira pas, et nous aurons une imperfection du rectum.

Qu'un phénomène analogue se passe dans la partie vaginale, et nous aurons, suivant le degré auquel se sera arrêté le travail de résorption, une oblitération plus ou moins étendue d'avant en arrière, complète ou incomplète et même l'absence d'une partie du canal vaginal.

Les détails d'embryogénie dans lesquels nous avons dû entrer vont nous permettre d'expliquer par des arrêts dans le développement normal des organes, les anomalies de forme dont l'étude fait l'objet de ce travail.

1° Les conduits de Müller, en contact l'un avec l'autre au niveau de leur insertion sur le cloaque, peuvent, au lieu de s'adosser depuis ce point jusqu'à l'endroit où s'insère le ligament de Hunter (ligament rond), rester séparés dans toute la partie qui devra former l'utérus. Chacun de ces conduits subissant cependant l'évolution qui le creuse, d'une cavité formera ainsi deux utérus distincts, mais qui ne représenteront chacun que la moitié de l'utérus normal. Le reste du conduit de Müller, allant vers le corps de Wolff, se creuse en forme de trompe et s'évase en pavillon à son

extrémité libre, chacun des ovaires suit la loi qui préside à son accroissement normal, et nous aurons dès lors un utérus double ou plutôt deux utérus, formés chacun d'un corps, d'un col, d'un ovaire et d'une trompe. — *Uterus* DUPLEX, DIDUCTUS OU DIDELPHIS.

2° Le rapprochement des deux conduits de Müller, ou canaux utéro-tubaires, peut se faire d'une manière plus complète sans s'approcher cependant du type normal, sans atteindre le niveau de la naissance des ligaments ronds. Cependant, comme dans le cas précédent, l'évolution isolée de chacun de ces conduits peut avoir lieu, mais leur jonction, incomplète en haut, donnera naissance à un utérus dont le fond sera creusé d'un sillon antérieur plus ou moins profond, sillon qui divisera la partie supérieure seulement de l'organe en deux portions renflées sous forme de cornes ou de mamelons. — *Uterus* BICORNIS.

3° La jonction des canaux utéro-tubaires s'est faite à la hauteur normale, mais le fond de l'utérus, au lieu de continuer à se développer en s'élevant par un renflement médian au-dessus du niveau de l'ovaire, reste déprimé comme dans les premiers temps de la formation ; il reste creusé d'une échancrure qui lui donne une ressemblance, assez éloignée du reste, avec un cœur de carte à jouer, ou plutôt avec certains *ex-voto*. — *Utérus échancré*, CORDIFORMIS.

4° Les conduits de Müller, qui devront former l'utérus, le vagin et la trompe, au lieu de se développer, peuvent rester stationnaires dans leur développement, ou s'atrophier, et il en résultera une absence complète des organes génitaux internes.

5° L'atrophie peut ne porter que sur la portion des deux tubes destinés à former le corps de l'utérus, et le reste des

deux conduits continuant leur évolution, nous aurons un vagin, des trompes et des ovaires; mais nous pourrons constater l'absence de l'utérus lui-même. — *Uterus* DEFICIENS.

6° Un seul des conduits s'atrophie ou se développe incomplétement, l'autre continue son évolution; l'utérus peut avoir à peu près sa forme normale, mais il ne se compose que d'une moitié d'organe, ne porte qu'une trompe de Fallope, et l'autre moitié ne présente qu'un état rudimentaire; en réalité, une seule des cornes s'est développée. — *Uterus* UNICORNIS.

7° La première partie de l'évolution formatrice s'est faite régulièrement; l'utérus a sa forme normale extérieure, mais la seconde partie du travail formateur, celle qui consiste dans la fusion en un seul des deux conduits vagino-utérins par la disparition des parois adossées des tubes de Müller ou de la cloison inter-utérine, ne s'est pas accomplie; la cloison persiste dans toute la hauteur de l'organe (corps et col); deux cavités complétement distinctes persistent.— *Uterus* SEPTUS, BILOCULARIS, BIPARTITUS.

8° La partie inférieure de la cloison s'est résorbée, mais le fond de l'utérus présente encore à l'intérieur une portion plus ou moins longue de la cloison primitive; les deux cavités des cornes utérines, séparées en haut, communiquent en bas dans une étendue plus ou moins considérable, le col utérin est unique. — *Uterus* SUBSEPTUS, SEMI-PARTITUS.

9° L'arrêt de développement peut atteindre le vagin aussi bien que l'utérus; la cloison intervaginale peut persister dans toute sa hauteur ou dans une partie de son étendue; nous pourrons dès lors rencontrer un *double vagin* ou un *vagin incomplétement cloisonné*, coïncidant avec tous les

vices de conformation de l'utérus énumérés précédemment.

10° Le travail de résorption qui met en communication la cavité vaginale avec l'extérieur, peut ne pas avoir lieu ou manquer en partie; s'il manque presque complétement, une portion plus ou moins longue du vagin pourra faire défaut.

Absence partielle de vagin. — Si ce travail de résorption s'est opéré d'une manière presque complète, nous verrons survenir une simple oblitération, une perforation incomplète; mais il faut bien le dire, le mécanisme de la production de ce vice de conformation ne nous est pas encore bien connu, et quoique nous la croyions bien près de la vérité, cette explication des oblitérations vaginales et des ouvertures anormales dans le vagin de l'urèthre ou du rectum, est encore un peu hypothétique.

VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS

Plusieurs auteurs ont déjà cherché à classer les différentes variétés que présentent les vices de conformation de l'utérus.

Cruveilhier (1), dans son beau *Traité d'anatomie pathologique*, a établi la classification suivante :

1° Utérus bifide dans son corps, cloisonné dans son col; vagin double.

2° Utérus bifide dans son corps, col et vagin normaux.

3° Utérus bifide dans son corps et dans son col, double vagin.

4° Utérus cloisonné, double vagin.

5° Utérus cloisonné dans son corps seulement, col et vagin dans l'état normal.

6° Utérus biloculaire.

Barth a proposé (2) cette classification pour les utérus biloculaires :

1° Utérus échancré cordiforme. C'est le cas où l'utérus n'offre de traces de division qu'à l'extérieur.

2° Utérus simple, à cavité biloculaire.

3° Utérus divisé à l'extérieur et à l'intérieur :

A. Bicorne : un col et deux cavités;

B. Double : deux cols et deux cavités.

(1) Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, t. I, 5e part., *Organes génito-utérins* (Maladies de l'utérus).

(2) *Bull. de la Soc. anat.*, 1854.

Dans les deux variétés, le vagin peut être divisé par une cloison plus ou moins complète.

Arthur Farre (1) ramène à quatre classes les vices congénitaux dans la conformation de l'utérus :

1° Absence de l'utérus.

2° Atrophie d'une moitié de l'organe : *uterus unicornis.*

3° Fusion incomplète des deux moitiés : *uterus bicornis.*

4° Cloison complète ou incomplète à l'intérieur de l'organe, sans déformation extérieure : *uterus bilocularis.*

Rokitanski (2) a donné la classification suivante :

1° *Uterus bipartitus*, ou tout à fait divisé.

2° Utérus unicorne ; cette classe comprend quatre subdivisions :

a. Absence complète de la corne et de la trompe ;

b. Avec présence d'une trompe oblitérée ;

c. Avec appendice représentant la corne absente ;

d. Avec une seconde corne creuse, mais rudimentaire.

3° Utérus bicorne : division de l'utérus plus ou moins profonde.

4° Utérus biloculaire : forme extérieure normale, cavité divisée en deux.

Foerster (3) forme six groupes principaux :

1° Absence d'utérus.

2° Division complète de l'organe : *uterus duplex.*

3° Développement d'une seule moitié : *uterus unicornis.*

(1) Robert Tood, *Cyclopedia of anatomy*, Supp., p. 678.

(2) *Arch. gén.*, 3e série, t. VIII, p. 472.

(3) Foerster, *Pathologische Anat.* Leipzig, 1851, B. II, S. 287.

4° Division incomplète : *uterus bicornis.*

5° Utérus cloisonné à l'intérieur sans déformation apparente à l'extérieur : *uterus bilocularis.*

Foerter, le *premier*, établit sa classification, non plus d'après les altérations dans la forme de l'utérus, tel qu'il se présente au moment de la nécropsie, quel que soit l'âge du sujet, mais d'après la nature de l'altération dans l'évolution embryogénique de l'organe dont il étudiait les vices de conformation anatomique.

Kussmaul (1), plus récemment, dans un excellent livre sur une partie du sujet qui nous occupe, a suivi plus complétement encore l'idée qui avait présidé à la classification de Foerster. Il divise les diverses altérations que peut présenter l'utérus en deux grandes classes : celles qui sont le résultat d'altérations dans l'acte de la formation de l'organe pendant les quatre ou cinq premiers mois de la vie fœtale, et celles qui se produisent après cette époque. La marche suivie par Foerster et Kussmaul est la plus scientifique ; ils ont fait pour l'utérus ce que nos grands physiologistes avaient déjà fait depuis longtemps pour la tératologie en général; mais les idées que Geoffroy Saint-Hilaire avait émises d'abord d'une manière plus générale, plus philosophique, plus élevée peut-être, les physiologistes modernes, Coste et surtout l'école allemande, les ont établies d'une manière plus solide, en leur donnant pour base l'observation des phénomènes normaux et pathologiques chez l'embryon de l'homme et des mammifères.

C'est donc en suivant la voie ouverte déjà par Foerster

(1) *Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter.* Wurzburg, 1859.

et Kussmaul, en nous appuyant sur les données de l'embryologie, en nous appuyant surtout sur les faits observés, que nous pensons pouvoir, en modifiant un peu celles qu'ils ont établie, proposer la classification suivante :

I. *Absence apparente ou réelle d'utérus*

(UTERUS DEFICIENS.)

A. Avec absence ou atrophie du vagin et des trompes.

B. Avec existence du vagin et des trompes.

II. *Utérus réduit à une moitié*

(UTERUS UNICORNIS.)

A. Avec absence complète de l'autre moitié.

B. Avec vestiges plus ou moins développés de l'autre moitié.

III. *Utérus double avec cloisonnement complet de tout l'organe*

(UTERUS BIPARTITUS).

A. Indépendance complète et écartement des deux moitiés : UTERUS DIDUCTUS.

B. Indépendance partielle des deux corps, avec accollement des cols : UTERUS BICORNIS.

C. Aspect normal à l'extérieur, cloisonnement complet à l'intérieur : UTERUS GLOBULARIS.

IV. *Utérus en partie cloisonné à l'intérieur*

(UTERUS SEMI-PARTITUS.)

A. Avec fusion incomplète du corps : UTERUS BICORNIS.

B. Avec fusion extérieure complète : UTERUS GLOBULARIS.

V. *Utérus normal à l'intérieu*

(UTERUS UNILOCULARIS.)

A. Divisé vers son fond en deux cornes ; UTERUS BICORNIS.

B. Échancré à l'extérieur vers son fond : UTERUS CORDIFORMIS.

VI. *Utérus normal dans son corps, mais avec atrophie ou absence de col*

(UTERUS PARVICOLLIS OU ACOLLIS).

VII. *Utérus normalement conformé, mais arrêté dans son développement*

(UTERUS FOETALIS).

VIII. *Utérus imperforé*

(UTERUS IMPERFORATUS).

A. Avec conservation de la cavité normale.

B. Avec absence complète ou partielle de la cavité.

IX. *Utérus présentant une flexion anormale*

(UTERUS FLEXUS).

Les différentes classes établies dans ce tableau semblent n'avoir pas toutes la même raison d'être. Peut-on regarder comme vice de conformation d'un organe l'absence même de cet organe? Non, sans doute. Mais nous montrerons que l'absence d'utérus est, en nous plaçant au point de vue anatomique, plus apparente que réelle, et que cette absence apparente devant être regardée comme une atrophie, un manque de développement de l'utérus fœtal encore à l'état de canaux de Müller, l'*uterus deficiens* doit être étudié avec les vices de conformation.

L'arrêt de développement, après que l'utérus a pris sa forme normale (*uterus infantilis*), appartient plutôt à la vie individuelle qu'à la vie fœtale ; on peut se demander s'il n'est pas le résultat d'une affection ayant existé dans les premières années de la vie, et à ce titre, ce vice de conformation ne rentrerait plus dans notre cadre.

Les flexions utérines sortent plus complétement encore de notre sujet; car, en conservant aux mots vices de conformation, non pas leur valeur grammaticale, mais leur signification scientifique, nous devons entendre les vices dans la formation d'un organe se traduisant par une conformation anormale; et non les déviations, les modifications dans la forme de cet organe, quelle que soit la cause qui les ait amenées, quel que soit l'âge auquel elles se sont produites. Nous ne nous occuperons donc pas en détail des antéflexions et des rétroflexions; nous en dirons un mot seulement car nous devons laisser de côté tout ce qui regarde les vices de position qui sont en dehors du sujet qui doit nous occuper.

I. ABSENCE DE L'UTÉRUS.

Lorsqu'on parcourt les recueils scientifiques français ou étrangers, lorsqu'on étudie les divers auteurs qui se sont occupés des maladies ou des altérations des organes de la génération chez la femme, on rencontre un grand nombre de faits dans lesquels se trouve mentionnée l'absence de l'utérus. Ces faits sont tellement nombreux, qu'il nous est impossible de les citer en détail et même d'énumérer tous ceux qui ont pu venir à notre connaissance.

Nous devons établir tout de suite une distinction importante entre les observations d'absence de l'utérus recueillies pen-

dant la vie des sujets qui portaient ou semblaient porter ce vice de conformation, et celles où l'absence de l'utérus a été ou a paru être constatée à l'antopsie.

En nous plaçant au point de vue exclusivement anatomique, il est évident que les exemples que renferme le premier groupe d'observations ne sont pas suffisants pour entraîner la conviction et pour faire admettre sans conteste l'absence complète de l'utérus.

Cette absence, dans le cas suivant, ne fut que soupçonnée par Morgagni ; mais ce soupçon lui suffit pour s'abstenir sagement d'une opération qui, au point de vue de la reproduction, eût été probablement fort inutile.

Cette femme, dont il est ici question, se disait imperforée, non complétement il est vrai, mais l'ouverture qu'elle présentait n'avait jamais pu permettre l'introduction de la verge.

Plusieurs procédés avaient été employés sans succès pour dilater l'ouverture, et lorsqu'elle me fut présentée, je reconnus que cette ouverture était celle du canal de l'urèthre. Ayant alors examiné attentivement le point où se trouve ordinairement l'orifice du vagin, je ne vis aucun pore ni aucun trou, et cet endroit était bouché par une membrane très ferme et très solide, ne cédant nullement à la pression. Cette femme, jeune encore, n'avait ressenti aucun trouble dû à l'accumulation du sang des menstrues dans le vagin, et cependant rien ne s'était manifesté qui pût permettre de supposer la menstruation établie. Je soupçonnai alors l'absence d'utérus, et craignant en incisant cette cloison d'ouvrir en même temps la vessie ou quelque portion d'intestin, je renonçai à l'opération (1).

Les cas où l'absence de l'utérus a été soupçonnée ou franchement diagnostiquée sur le vivant, sont des plus

(1) Morgagni, *Du siége et des causes des maladies*, t. VII, p. 246.

nombreux : Herrmann (1), Baudelocque (2), Lucas (3), Malacarne (4), Schmidt (5), Morand (6), Boyer (7), Caillot (8), Langenbeck (9), Stein (10), Troschel et Rust, Græfe et Siebold (11), Busch (12), Mott (13), Ricord (14), Lenepveu (15), Cramer (16), Burgræve (de Gand) (17), Bertani (18), Chew (19), Bennet (20), Ruffini (21), Séguin (22), Beer (23), Jacger (24), Oldham (25), Chiari (26), Ramsbotham (27), Tyler-Smith (28), Hancock (29), Hunt (30).

(1) Hermann, *Uebers. des Werkes* von Morgagni. Leipzig, 1773, Bd. 3, Thl. 12..

(2) Baudeloque, *L'art des accouchements*, p. 183.

(3) Lucas, *Mem. of the med. Soc. of London.* 1795, t. IV, p. 94.

(4) Malacarne, *Casi d'obstetricia non communi.* Modena, 1806.

(5) *Rheinische Jahrbücher*, Bd. VI, H. 2.

(6) Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. V, P. 773.

(7) *Id.*

(8) *Dict. des sciences méd.*, 1817, t. XXXI, p. 194.

(9) *Neue Bibliothek*, Bd. V, H. 3.

(10) *Hufeland's Journal*, 1819.

(11) *Rust's Magazin*, Bd. 37, S. 165-167.

(12) Busch, *Die theor. und prakt. Geburtskunde.* 1838, S. 181.

(13) *New-York med. and. phys. Journ.*, t. II, p. 18.

(14) *Gazette des hôpitaux*, 1833.

(15) *Gazette des hôpitaux*, 1839, n° 30.

(16) *Med. Zeitung in Preussen.* 1841, S. 159.

(17) *Annales d'oculistique et de gynécologie*, vol. XXVIII.

(18) *Annali universali di medic.*, februari 1841.

(19) *Amer. journ. of med. sc.*, mai 1840.

(20) *Id.*, 1848, t. I, p. 348.

(21) *Giorn. med. di Torino*, 1845.

(22) *Revue méd.*, juillet 1840.

(23) *Med. Central-Zeitung*, 1849, n° 95.

(24) *Med. Zeitung in Preussen*, 1850, S. 4.

(25) *Guy's hosp. Reports*, 1849, t. VI, p. 362.

(26) *Klinik. d. Geburtshilfe*, 1852, p. 368.

(27) *Med. Times and Gaz.*, déc. 1855.

(28) *Monatsschrift für Geburtskunde*, 1855, B. IV.

(29-30) *Id.*

Cade (1), Lumpe (2), Kingdon (3), Girdwood (4), Knight (5), etc., etc., en ont cité des exemples, et il est peu de chirurgiens qui n'aient eu plusieurs fois l'occasion de constater l'absence de l'utérus sur des femmes soumises à leur observation.

Nous pourrions citer encore un assez grand nombre de cas dans lesquels l'absence, apparente au moins, du corps utérin, a été constatée après la mort, quelquefois après avoir été diagnostiquée pendant la vie (6), quelquefois révélée seulement par l'autopsie (7).

Mais, comme nous le verrons, l'erreur est facile à commettre; car si, entre un utérus faisant absolument défaut et une matrice réduite à quelques éléments de tissus conjonctif et musculaire, il n'y a, sous le rapport chirurgical et physiologique, aucune différence, au point de vue tératologique la différence est considérable, et l'existence de ces vestiges organiques nous permet de montrer que cette absence d'utérus n'est pas absolue, et qu'elle ne dépend que d'un arrêt plus ou moins complet dans l'évolution et le développement des canaux de Müller.

Quelques exemples seulement suffiront à nous montrer que la confusion dont nous venons de signaler la possibilité doit avoir été assez fréquente, puisque l'examen microscopique peut presque seul permettre d'établir une opinion vraiment scientifique.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1856, n° 74.
(2) *Wiener Wochenblatt*, 1856, n° 41.
(3) *The Lancet*, 1826-27, t. II, p. 84-85.
(4) *Id.*, 1836-37, t. II, p. 613.
(5) *New-Orleans med. and surg, Journ.*, nov. 1860.
(6) Demonchaux, *Bull. Soc. de chirurg.*, 1859, t. IX, p. 111.
(7) *Burn's Midwifery*, p. 100.

Alby (1) a montré à la Société anatomique un cas où cette erreur pouvait être commise :

Une jeune fille, présentant tous les attributs extérieurs de son sexe, sauf la menstruation qui ne s'était jamais établie chez elle, mourut d'une fièvre typhoïde dans le service de M. Briquet.

Le clitoris et les petites lèvres furent, à l'autopsie, trouvés moins développés qu'à l'état normal ; le vagin se terminait par un cul-de-sac sans ouverture. Entre ce cul-de-sac et le péritoine, la vessie et le rectum, on trouva un tissu un peu rougeâtre, assez serré, d'apparence cellulo ou fibro-vasculaire, se présentant sous la forme d'une membrane peu épaisse, aplatie d'avant en arrière, qui, après une étendue de 5 centimètres à peu près, se continuait à droite et à gauche, à l'extrémité de ses deux angles supérieurs, avec deux cordons latéraux. L'examen microscopique de ce tissu démontra l'existence de fibres musculaires utérines normales. Les cordons latéraux représentaient les trompes. Les ovaires étaient remplacés par deux corps fibreux particuliers dépourvus de l'élément glandulaire.

Le cas suivant est plus intéressant encore. Langenbeck publia (2), en 1827, l'autopsie d'une enfant chez lequel il avait constaté, comme nous le dirons plus loin, l'absence de l'utérus. La pièce avait été conservée par le célèbre chirurgien de Berlin. Plus tard, le professeur Foerster examina au microscope cette pièce anatomique et put constater sans hésitation l'existence des éléments anatomiques qui appartiennent à l'utérus (3).

Les faits précédents permettraient donc d'établir et de défendre cette opinion : que l'absence absolue de l'utérus

(1) *Bulletins de la Soc. anat.*, avril 1854.

(2) Langenbeck, *Neue Bibliothek für Chirurgie*, IV, H. 3.

(3) Kussmaul, p. 50.

ne paraît pas prouvée, et que cette absence est due à un arrêt dans le développement et non à une absence des conduits de Müller, lesquels existaient dans les premières semaines de la vie fœtale.

Nous n'avons pas à insister sur une discussion qui, au point de vue pratique, n'a aucune importance. Il importe assez peu, pour la malade et pour le chirurgien, qu'on trouve, au milieu de fibres de tissu conjonctif, quelques éléments musculaires; ce qui nous importe, c'est de constater l'absence de tout organe ressemblant de près ou de loin à l'utérus et pouvant servir à la reproduction de l'espèce.

Cette absence de l'organe peut se présenter sous deux formes distinctes : complète ou incomplète.

L'arrêt dans le développement, l'atrophie ont pu n'atteindre les conduits de Müller que dans une longueur plus ou moins considérable, et nous devrons trouver des cas dans lesquels utérus, vagin, trompes de Fallope feront défaut. Dans d'autres cas, nous pourrons constater l'absence de tout utérus et la présence, au contraire, des trompes et du vagin; de là les deux divisions que nous avons établies dans notre première classe :

1° Absence de l'utérus, avec absence ou atrophie du vagin et des trompes;

2° Absence de l'utérus, avec existence de l'utérus et des trompes.

Nous venons de rappeler le mode de formation de cette anomalie ; il nous reste maintenant à en citer des exemples, en laissant de côté le point de vue histologique et en nous bornant à constater les faits tels qu'ils se présentent à l'autopsie cadavérique.

Dans les cas d'absence complète de l'utérus, on ne trouve quelquefois aucune trace des organes génitaux internes.

M. Gintrac (de Bordeaux (1) a cité un cas de cette anomalie :

Une jeune fille de dix-huit ans n'avait jamais été réglée. L'aménorrhée était attribuée aux conditions dans lesquelles elle vivait ; des hémoptysies et des épistaxis répétées conduisirent à appliquer des sangsues à l'anus, dans l'espoir d'établir le flux menstruel.

Après la mort, on constata un ramollissement du cerveau. Les organes génitaux externes offraient un développement normal. La vessie et le rectum étaient en contact immédiat, le péritoine passant de la surface de la première sur le second; il se plissait latéralement et des deux côtés, de manière à simuler les ligaments larges, et il contenait les ovaires. Il n'existait pas trace de vagin ni d'utérus. Chaque ovaire, aplati, était bilobé; de chacun partait un cordon cylindrique, qui se perdant dans le péritoine, représentait probablement la trompe de Fallope.

Sur une femme âgée de soixante-douze ans et morte dans le Workhouse de Marylebone en 1841, Boyd (2) constata (outre un vice de position des reins) l'absence de l'utérus et des trompes de Fallope. L'utérus était représenté par un cul-de-sac d'un pouce de profondeur.

Lenoir (3) montra à la Société anatomique un cas de cette nature, offrant l'absence complète de l'utérus et du vagin.

Food (4) disséqua une petite fille qui n'avait ni utérus, ni vagin, ni ovaires ; l'urèthre et le rectum se terminaient l'un près de l'autre.

Meyer (5) mentionne un cas dans lequel l'utérus et le vagin manquaient ; mais les ovaires existaient.

(1) *Gazette méd.*, 1861, n° 4.
(2) *The Lancet*, 1840-41, t. II, p. 348.
(3) *Bulletins de la Soc. anat.*, 1843. p. 95.
(4) *Medic. facts and, obs.*, V, p. 92.
(5) Burn's, *Midwifery*, p. 100.

J'ai dans ma collection, dit Langenbeck (1), une enfant ayant un spina bifida et chez laquelle l'entrée du vagin est fermée complétement par l'hymen ; l'utérus, les trompes et les ovaires manquent; les replis semi-lunaires de Douglas existent entre la vessie et le rectum. C'est sur cette pièce que le professeur Foerster (2) trouva plus tard des fibres musculaires et un utérus microscopique.

L'absence de l'utérus, avec présence du vagin et des trompes, a été rencontrée bien plus fréquemment que la forme précédente.

En général, dans ces cas, on voit partir du sillon qui sépare le rectum de la vessie une bande, une lamelle du tissu cellulaire plus ou moins condensé, lame d'abord unique qui, prenant la forme d'un Y, se divise bientôt en deux parties, lesquelles se portent à droite et à gauche du côté des fosses iliaques. Le plus souvent alors on voit ces lamelles se terminer sous forme de cordon, s'évasant lui-même en pavillon, et il est impossible de méconnaître les caractères d'une trompe de Fallope. Cette trompe est quelquefois perforée quelquefois elle est pleine ; parfois les ovaires existent, parfois on n'en trouve pas de vestiges.

D'autres fois on ne trouve dans l'espace qui sépare le rectum de la vessie qu'un corps informe, petit, sans trace de cavité, qui remplace en quelque sorte l'utérus qu'on peut dans ces circonstances considérer comme absent. Dupuytren (3) a observé un cas de cette nature :

Une fille de vingt-sept ans mourut à l'Hôtel-Dieu dans le service de Dupuytren d'une hépatite aiguë et inopinée. Ses traits, sa sta-

(1) Langenbeck, *Bibliothek*, vol. IV, p. 3.
(2) Kussmaul, p. 50.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XX, p. 548.

ture, sa conformation, le développement régulier de ses mamelles, tout en un mot rappelait les attributs physiques d'une femme parvenue à l'époque de la puberté; elle n'avait cependant jamais été menstruée, et n'avait éprouvé aucun des symptômes précurseurs des règles. Les parties génitales externes étaient régulièrement conformées ; mais le vagin avait tout au plus un demi-pouce de profondeur, au delà duquel les recherches les plus exactes faites par Dupuytren ne firent rencontrer aucun corps qu'il pût attribuer à la présence de la matrice; le toucher par le rectum fournissait le même résultat. Une circonstance assez singulière, dont il est bon de faire mention, c'est que cette jeune fille était sur le point de se marier et vivait en concubinage depuis quatre ans avec la personne qu'elle allait épouser; elle avouait elle-même qu'elle n'était point étrangère aux plaisirs vénériens... A l'ouverture du cadavre, on trouva dans l'épaisseur du foie plusieurs abcès qui avaient été la cause de la mort. Les grandes lèvres, les nymphes, le clitoris étaient parfaitement conformés; le vagin se terminait par un cul-de-sac peu profond, qui parut à Dupuytren être uniquement le résultat des efforts du coït; la peau s'y prolongeait uniformément dans toute son étendue. Derrière ce cul-de-sac se trouvait immédiatement le rectum, séparé de la vessie par du tissu cellulaire seulement; plus haut, on voyait des apparences de ligaments larges contenant dans leur duplicature des trompes plus volumineuses et des ovaires plus développés que dans l'état naturel; mais il n'existait point de matrice, ou plutôt à l'endroit où les trompes tendent à se réunir, on sentait un renflement arrondi de la grosseur d'une noix, qui ne présentait ni la forme, ni les conditions d'un utérus ordinaire; il était dépourvu de col et de cavité.

On a rencontré dans quelques circonstances, sur le trajet de ce cordon qui s'évase en pavillon de la trompe, un renflement plus ou moins considérable qu'on a regardé comme le rudiment d'une corne utérine atrophiée très allongée. Il est facile de savoir si l'on a alors affaire à la trompe ou à

l'utérus, l'endroit où s'insère le ligament rond venant établir la séparation entre les deux organes, même dans les cas d'anomalie.

Le cordon qui remplace l'utérus atrophié peut avoir une longueur plus ou moins grande. Cette longueur paraît assez onsidérable sur une belle préparation d'*uterus deficiens* placée au musée Dupuytren.

M. Lucas (1) a rencontré sur le cadavre d'une femme assassinée un exemple de cette anomalie :

Le clitoris était peu développé, ainsi que les grandes et les petites lèvres; l'orifice du vagin présentait les caroncules myrtiformes, et le vagin se terminait en un cul-de-sac de deux pouces et demi de profondeur. L'utérus n'existait pas et était remplacé par un corps membraneux, d'un pouce de large ; les ligaments ronds avaient leur trajet ordinaire, et se terminaient, ainsi que les trompes de Fallope, à l'extrémité de cette bande membraneuse. Les trompes étaient munies d'un pavillon intact, mais elles étaient imperforées. L'ovaire gauche renfermait une petite tumeur fibreuse, et à l'extrémité de l'ovaire droit était attachée une petite hydatide.

Les mamelles étaient parfaitement développées, ainsi que le mont de Vénus.

Il est facile d'expliquer comment, avec ou sans la présence des rudiments de l'utérus et de la trompe, l'ovaire peut ou non exister.

L'ovaire, en effet, se développant par la transformation des tubes en cæcum du corps de Wolff, est, dans son évolution formatrice, indépendant de l'appareil utéro-tubaire formé par le développement des conduits de Müller. Nous ne nous arrêterons donc pas sur ce point, et nous croyons inutile de rapporter les observations d'absence

(1) *The Lancet*, 1836-37, t. I, p. 613.

d'utérus, avec présence des ovaires, publiées par Bousquet (1), Serres (2), Chaussier et Rault (3), Otto (4), Meckel (5), Velpeau (6), Lucas (7), Kirwisch (8), Quain (9), Puech (10), etc., etc.

L'absence d'utérus ne paraît pas avoir une grande influence sur le développement ultérieur du corps, bien qu'Engel (11) ait cité, à l'appui de l'opinion contraire, un cas dans lequel une femme privée d'utérus avait présenté, quant à la conformation du bassin et la saillie des hanches, les caractères masculins.

L'absence d'utérus a-t-elle quelque influence sur l'existence des appétits sexuels?

Realdus Columbus (12), déjà au XVIe siècle, en citant un cas d'absence d'utérus, répond négativement :

« Fœmina erat, cujus vulva ab aliarum fœminarum vulvis nihil peculiare et diversum habebat ; et matricis colli portio prominebat vel matricis collo simile, matrix autem nulla aderat in abdomine, neque vasa seminaria, neque testes. Et quoties cum viro coibat (*coibat autem sæpe*), *mirandum in modum conquerebatur.* »

L'opinion de Columbus, juste au XVIe siècle, l'est encore au XIXe.

(1) *Journal de médecine*, t. IV, p. 128.
(2) *Rev. méd. hist. et phil.*, t. IV, p. 180.
(3) *Bull. de la Fac. de méd.*, 1818, t. IV, p. 51.
(4) Otto, *Monstr. sexcent. descr.*
(5) Meckel, *Arch. f. Anat.*, 1826, p. 36.
(6) Velpeau, *Accouch.*, t. I, p. 102.
(7) *Lancet*, 1837, 21 janv.
(8) Kiwisch, *op. cit.*, p. 357.
(9) *Lond. med. Times and Gaz.*, 1855, t. II, p. 609.
(10) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1855, t. LXI, p. 644.
(11) Kussmaul, *op. cit.*, p. 52.
(12) Realdus Colombus, *De re anatomica*, 1572, liv. XV, p. 495.

L'absence d'utérus supprime-t-elle tout *molimen* menstruel? On serait de prime abord tenté de répondre affirmativement à cette question; cependant le contraire paraît être vrai, sinon dans les cas ordinaires, du moins dans quelques-uns.

Il est évident d'abord que les règles ne peuvent se montrer, puisque le sang menstruel est exhalé par l'utérus (le doute à cet égard n'est plus permis) et que l'utérus n'existe pas. Mais ce molimen hémorrhagique n'est pas essentiel ou primitif, il est symptomatique et secondaire, déterminé qu'il est par l'évolution périodique d'une vésicule de Graaf; il doit donc suffire de l'existence de l'ovaire pour permettre de penser que cette excitation périodique puisse avoir lieu. Or, parmi les nombreux exemples d'absence de l'utérus que nous avons rencontrés dans les auteurs ou dans les recueils scientifiques, la plupart des cas avec autopsie ont permis de constater la présence d'ovaires quelquefois atrophiés et rudimentaires, mais quelquefois aussi présentant leur aspect, leur volume et leur consistance ordinaires.

Il ne nous répugne nullement d'admettre l'existence de ce molimen périodique, dans certains cas exceptionnels sans doute, et nous sommes d'autant plus autorisé à le faire, que nous pouvons citer quelques exemples où le fait est mentionné d'une manière très explicite.

Samuel Chew (de Baltimore) (1) fut appelé auprès d'une jeune femme de vingt-deux ans atteinte d'aménorrhée. Chaque mois la malade éprouvait tous les phénomènes physiologiques de la menstruation, sauf toutefois l'exhalation sanguine normale. Les organes génitaux externes étaient bien conformés, mais le vagin se terminait brusquement en

(1) *The Lancet*, 1840-41, t. I, p. 184.

cul-de-sac, à un pouce et demi de la vulve. L'examen par le vagin et par le rectum ne permit de constater aucun vestige d'utérus.

Sans doute, dans ce cas, l'absence d'autopsie peut laisser des doutes sur l'état des organes internes, mais le doute n'est plus possible dans le cas suivant :

A la fin de l'année 1822, le docteur Angelo Monari (1) soumit à l'examen de l'illustre anatomiste de Bologne une nommée Marie Mazzoni, âgée de vingt-trois ans, d'un tempérament robuste et paraissant bien constituée. Cette fille n'avait pas encore été réglée, *mais un saignement de nez abondant la prenait régulièrement chaque mois. Lorsque par hasard cette hémorrhagie nasale n'arrivait pas*, elle se trouvait prise d'une violente céphalalgie qui ne se dissipait que sous l'influence d'une saignée pratiquée à la saphène.

L'examen des parties génitales externes nous les fit voir un peu gonflées ; les petites lèvres dépassaient un peu les grandes; quant à l'ouverture du vagin, elle n'existait qu'à l'état d'une petite dépression constituée par un repli de la peau. Ce repli était formé par une substance dure et résistante provenant d'une adhésion congénitale des parties. On n'osa pas tenter d'opération. La jeune fille, quoique toujours en assez mauvaise santé, arriva cependant à l'âge de vingt-sept ans; mais au mois de décembre 1836, elle fut prise d'une fièvre grave qui l'enleva au neuvième jour de sa maladie.

L'autopsie fut pratiquée dans l'amphithéâtre de l'auteur à Bologne, en présence des docteurs Monari et Calori, curieux de voir a conformation des organes génitaux externes et internes. Le crâne, le thorax et les viscères abdominaux n'offraient aucune anomalie ; les organes génitaux seuls en étaient atteints.

La vessie était très-dilatée et gonflée, et tout d'abord on n'a-

(1) *Osservazioni anatomiche e considerazioni intorno all' atresia ad imperforazione congenita delli organi genitali Muliebri*, del prof. Francesco Mondini. — *Annali univ. di medic.* 1853, t. CVI, p. 540.

perçut entre la vessie et le rectum aucun corps intermédiaire ressemblant à l'utérus; le péritoine qui recouvre la partie inférieure du rectum partait de la face antérieure de l'intestin pour recouvrir la face postérieure de la vessie; des parties latérales de celle-ci on voyait partir des ligaments larges formés par le péritoine seul. Ils présentaient cette particularité que dans leurs bords supérieurs et entre leurs lames, on trouvait de chaque côté de la vessie deux corps protubérants, ovales ou plutôt fusiformes, durs et paraissant les rudiments des cornes de l'utérus qui manque. De l'extrémité libre de ces petits corps partent, comme s'ils venaient des cornes de l'utérus, deux ligaments ronds lesquels ne consistent pas en un petit cordon se terminant par une extrémité filiforme, mais bien en un canal perméable qui représente les trompes de Fallope.

Il n'existe aucun vestige ni du corps, ni du col de l'utérus, ni du vagin, *mais les deux ovaires étaient à leur place habituelle.*

Cette pièce intéressante est conservée au musée anatomique de l'Université de Bologne.

L'*hérédité* ne peut certes pas jouer un rôle dans la transmission d'un vice de conformation qui entraîne forcément la stérilité. Quel nom donner à ce jeu curieux de la nature, qui a produit dans une famille de cinq sœurs trois cas d'absence de l'utérus? Cependant l'observation suivante ne laisse d'autre doute à cet égard que celui qui pourrait résulter de l'absence de constatation cadavérique.

Le docteur Nelson (1) rapporte un curieux exemple d'absence de l'utérus chez trois sœurs de la même famille. Sur cinq qu'elles étaient, la première, la seconde et la quatrième n'avaient pas d'utérus, tandis que la troisième et la cinquième possédaient cet organe. La première et l'aînée est une veuve petite, grosse, à squelette développé et aux yeux sombres; la seconde est veuve

(1) *American Journal of medical sciences*, juillet 1862, p. 301.

aussi, à l'air dégagé et aux yeux gris; la troisième est mariée et mère de quatre enfants, elle a les yeux bleus et les mamelles grosses; la quatrième, aux yeux bleus, est maintenant mariée en secondes noces; la cinquième, âgée de dix-sept ans, a de grosses mamelles. Les première, seconde et quatrième qui n'ont pas d'utérus, sont maigres, et ont les seins petits; la troisième et la cinquième sont fortes et ont les seins volumineux. Les appétits vénériens des première, deuxième et quatrième sœurs étaient ardents, et elles prenaient plaisir au coït.

Peut-on diagnostiquer avec quelque certitude sur le vivant l'absence de l'utérus? Nous répondons, sans hésiter, par l'affirmative.

Sans insister sur les influences que peut avoir sur l'économie l'absence d'un organe aussi important; même en admettant que cette influence puisse ne pas se faire sentir assez pour attirer à elle seule l'attention, trois signes serviront à établir le diagnostic :

L'aménorrhée sera presque toujours absolue dans le cas qui nous occupe. Cependant il ne serait pas impossible, dans quelques cas, de voir une exhalation sanguine se faire par la muqueuse vaginale, écoulement périodique lié au fonctionnement d'un ovaire existant à l'état normal et qui pourrait empêcher le médecin de diriger son attention du côté de l'utérus.

L'occlusion du vagin terminé en cul-de-sac à une profondeur variable est le résultat fatal de l'absence de l'utérus. Si la longueur de ce canal permet le coït, la malade n'aura aucune conscience de son infirmité, à moins cependant que le regret d'être stérile ne l'amène à réclamer les secours de l'art. L'examen au spéculum permettra de constater l'état des parties, et l'occlusion vaginale congénitale

à une certaine profondeur doit faire soupçonner l'absence de l'utérus.

Enfin le toucher rectal, surtout en le pratiquant après avoir placé une sonde dans la vessie et en la faisant tenir par un aide, tandis que l'on place un doigt de chaque main, l'un dans le cul-de-sac vaginal, l'autre dans le rectum, ne laissera à cet égard aucune espèce de doute. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer de ces faits, et nous n'avons conservé, cliniquement du moins, aucun doute sur l'absence de l'utérus.

II. Utérus réduit a une moitié (uterus unicornis).

Lorsqu'un des canaux de Müller s'atrophie ou ne se développe pas, l'utérus se trouve réduit à une moitié seulement, et il en résulte le vice de conformation que nous désignons sous le nom d'*uterus unicornis*. Deux variétés peuvent se rencontrer :

1° Un des canaux de Müller peut s'atrophier dans toute son étendue et il en résultera l'absence complète d'une moitié de l'utérus, l'absence d'une trompe; l'ovaire, nous l'avons vu, est indépendant.

2° Un des canaux peut ne s'atrophier que dans la partie qui correspond à l'utérus, c'est-à-dire depuis l'insertion du ligament de Hunter ou ligament rond, et dès lors on pourra constater la présence de la trompe se continuant, par un ligament ou par du tissu cellulaire condensé en membrane, avec la partie latérale du corps et plus souvent du col de l'utérus.

L'utérus, quoique réduit en quelque sorte à une moitié seulement, peut avoir le volume ordinaire des deux moitiés

réunies ; mais il présente presque toujours des modifications dans sa forme.

Ces modifications peuvent être ramenées à deux types principaux : dans le premier, l'utérus, au lieu de présenter la forme d'un cône à base supérieure, présente une forme globuleuse ou celle d'un cône, mais à sommet supérieur. C'est ce que l'on pouvait constater dans le cas de Pole (1), qui paraît avoir observé un des premiers ce vice de conformation.

Il s'agissait d'une petite fille née avant terme et qui mourut peu d'heures après sa naissance.

« Je fus conduit, dit Pole, à faire l'autopsie de cette enfant sur l'observation que je fis du développement anormal de la région du foie, qui était beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire. En examinant les autres viscères abdominaux, je ne trouvai qu'un rein, celui du côté droit, et à la place du gauche je trouvai la capsule surrénale. En examinant la cavité du bassin, je découvris une anomalie de l'utérus et de ses appendices : l'utérus était conique et son sommet était incurvé en arrière vers le côté droit ; de ce sommet partait immédiatement la trompe de Fallope droite, qui conservait elle-même ses proportions ordinaires et sa forme habituelle ; l'ovaire de ce côté était aussi attaché à l'utérus près de son sommet. La trompe gauche partait de la partie inférieure du col et était environ deux fois plus longue que l'autre. L'ovaire de ce côté était à une très-grande distance de l'utérus. On pouvait faire passer un fil de fer avec facilité à travers la trompe droite et arriver à l'utérus ; mais la gauche était imperforée. »

Everard Home (2) a rapporté un fait analogue qui lui

(1) *Philosophical trans.*, 1818.

(2) *Mem. of the medical Society of London*, 24 sept. 1787

avait été transmis par Granville ; l'observation se trouve consignée dans une lettre dont les *Comptes rendus de la Société royale* ne donnent que l'analyse :

Une femme de quarante ans mourut à la Maternité six ou sept jours *après être accouchée de deux jumeaux, un garçon et une fille. Cette femme avait eu antérieurement onze enfants des deux sexes.*

A l'autopsie, l'utérus présentait quatre fois au moins son volume ordinaire à l'état de vacuité ; mais l'attention des observateurs se porta surtout sur les détails suivants : l'organe n'avait atteint son plein développement que du côté droit où il offrait sa convexité pyriforme et sa courbure habituelles. Du côté gauche il était limité par un bord rectiligne, distant à peine d'un demi-pouce de l'axe longitudinal, et séparé du bord opposé par un intervalle de plus de deux pouces. Ce n'est pas tout : les vaisseaux utérins et ovariques, la trompe de Fallope, l'ovaire et le ligament large ne purent être découverts à gauche. Les rudiments des annexes (car ils ne méritaient pas une autre appellation) furent trouvés couchés à la partie inférieure de la cavité pelvienne, en connexion avec le col de l'utérus. Le ligament rond s'insérait à l'épine supéro-interne du pubis du même côté. En disséquant cette masse confuse, nous aperçûmes quelque chose de raccorni et de ratatiné qui ressemblait à un ovaire, et qui était perdu dans l'enchevêtrement des parties avoisinantes.

Les autres organes de la génération n'offraient aucune particularité digne de remarque.

Quelquefois l'utérus unicorne, au lieu de se développer de manière à simuler au premier aspect un utérus normal, s'incurve, se déplace même latéralement, de sorte que l'un de ses bords latéraux est convexe, tandis que l'autre est plus ou moins concave.

Maier (de Fribourg) (1) a placé dans le Musée anatomique de cette ville une préparation d'*uterus unicornis* dont Kussmaul a donné le dessin fait d'après nature. La pièce fut prise sur une femme de soixante-cinq ans ; la corne développée est celle du côté droit. Comme attiré par le ligament rond, l'utérus s'est porté fortement à droite, et son fond arrive presque au niveau de l'ouverture profonde du canal inguinal. La corne absente est représentée par une bande de tissu cellulaire condensé, laquelle se porte au contraire à gauche et se termine à la hauteur du canal inguinal par sa trompe, qui se trouve ainsi assez rapprochée de la paroi abdominale antérieure.

C'est dans ces diverses variétés que rentrent les cas observés ou rapportés par Chiari (2), F. Tiedemann (3), Rokitansky (4), Tourtual (5), Cruveilhier (6), Gürlt (7), etc.

On a quelquefois cherché quelle pouvait être la cause de l'arrêt de développement qui produit l'*uterus unicornis*.

Vidal (de Cassis), présenta à la Société anatomique, en 1830, un utérus allongé, cylindroïde, ne donnant insertion qu'à une seule trompe et qu'à un seul ovaire, mais n'offrant de l'autre côté aucune trace de ces annexes, tandis que le rein du côté atrophié ou manquant était logé dans l'excavation pelvienne. A. Bérard, dans son rapport sur cette pièce (8), se demanda si ce n'était pas à la présence anomale de cet organe qu'il fallait attribuer le défaut de

(1) Kussmaul, *loc. cit.*, p. 112.
(2) *Prager Vierteljahrssch.*, 1854, II, S. 98.
(3) Meckel's *Arch. f. Physiol.*, 1819, Bd. V.
(4) Rokitansky, *op. cit.*, Fall. VI, U. 7.
(5) *Med. Zeitung in Preussen*, 1834, p. 117.
(6) Cruveilhier, *Anat. Path.*, liv. XL, pl. 6, fig. 3.
(7) Gürlt, *Lehrb. d. pathol.*, 1832, S. 134.
(8) *Bulletins de la Soc. anat.*, 1830, p. 189.

développement de la moitié gauche de l'utérus et de ses annexes. L'observation suivante, due à Puech (1), permet de répondre négativement à la question posée par A. Bérard. Loin d'avoir pu comprimer l'utérus, le rein manquait du côté qui correspondait à la corne utérine absente ou atrophiée.

Chez cette enfant, âgée seulement de quinze jours, la matrice, longue de 17 millimètres, se montre fortement déjetée à gauche; le col est volumineux; le corps va sensiblement en diminuant de bas en haut, et son fond n'a plus que 2 millimètres.

Le bord latéral gauche, concave, donne attache aux annexes, ligaments, trompe et ovaire. Légèrement concave à sa partie inférieure, le bord droit l'est fortement en haut. Il est lisse et libre, et les annexes font défaut à son sommet. Il ne reçoit aucun vaisseau. Le fond de l'utérus n'est plus la base d'un cône aplati, c'est une espèce de pointe... L'absence d'une partie de matrice est évidente. Les formes sont variables sans doute, mais elles ne le sont point jusqu'au degré qu'accuse notre description ; la moitié droite manque; arrêtée devant force majeure, la matière ne s'est pas développée.

L'ovaire et la matrice se forment isolément, ont une origine différente; restait à savoir si le premier était absent, et si la même cause l'avait frappé; c'est ce que nous nous sommes empressé d'examiner. Après avoir déjeté les anses intestinales et le cæcum, nous avons rencontré dans la région lombaire droite un corps dans lequel nous avons pu reconnaître la trompe, l'ovaire et le ligament rond. Cet ensemble n'avait aucune relation avec la matrice; on pouvait même croire qu'il y était complétement étranger. Son artère lui venait directement de l'aorte, et sa veine, après un léger parcours, se jetait dans la veine cave inférieure.

Par une coïncidence particulière que nous ne nous chargerons

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des scienc.*, 1855.

pas d'expliquer, *le rein correspondant manquait; quant à sa capsule, elle était en son lieu et place, légèrement hypertrophiée.*

*De la conception dans les cas d'*UTERUS UNICORNIS.

En présence d'un vice de conformation qui réduit de moitié l'utérus, on est amené à se demander si la conception est possible dans les cas d'*uterus unicornis*. L'observation suivante ne permet pas le moindre doute à cet égard :

M. Chaussier (1) fait voir à la Société de médecine l'utérus d'une femme morte à la Maternité, où elle est venue accoucher de son dixième enfant. Cependant l'utérus était incomplet ; il ne consistait pour ainsi dire que dans la moitié du côte droit, avec une seule trompe et un seul ovaire. Cette femme présentait d'ailleurs beaucoup d'autres vices de conformation, tels que déplacement du rein du côté gauche, strabisme, deux ongles au pouce de la main du même côté.

La malade de Granville avait eu antérieurement onze enfants, tantôt des garçons, tantôt des filles, et elle succomba aux suites de l'accouchement de deux jumeaux de sexe différent.

Ce dernier cas surtout est des plus remarquables ; il prouve d'une manière irréfutable :

1° Que la grossesse gémellaire peut être produite par deux ovules venus du même ovaire;

2° Qu'un seul ovaire peut produire des ovules susceptibles de devenir le germe de fœtus des deux sexes.

Il résulte de ce que nous venons de dire que le chirurgien

(1) *Bull. de la Fac. de méd.*, 12 juin 1817, t. V, p. 436.

sera rarement consulté pour des accidents amenés par l'existence d'un *uterus unicornis*, puisque l'existence de ces accidents est elle-même hypothétique, et nous ne savons quels signes pourraient indiquer cliniquement l'existence de ce vice de conformation.

III. UTÉRUS DOUBLE AVEC CLOISONNEMENT COMPLET (UTERUS BIPARTITUS).

Lorsque les deux conduits de Müller, au lieu de se mettre en contact, restent écartés complétement, ou dans une partie de leur hauteur ; lorsque, malgré leur accolement complet jusqu'à l'origine des ligaments ronds (comme dans l'état normal), la cloison intermédiaire aux deux demi-utérus ne disparaît pas, et chacune de ces deux moitiés conserve une cavité tout à fait distincte.

Cette suspension locale et partielle de la force formatrice, cet arrêt dans le développement, ou mieux, dans la création d'un de nos organes, se traduiront, suivant l'époque de la vie fœtale à laquelle ils seront survenus, par des degrés divers dans un même vice de conformation, par trois dispositions anormales principales :

A. Les deux utérus seront tout à fait séparés et indépendants l'un de l'autre : *uterus bipartitus diductus.*

B. Les cols utérins seront soudés extérieurement, mais les deux corps seront séparés dans une étendue variable : *uterus bipartitus bicornis.*

C. La fusion extérieure sera complète et l'utérus conservera son aspect globuleux normal, mais il sera divisé à l'intérieur en deux cavités indépendantes : *uterus bipartitus globularis.*

A. *Uterus bipartitus diductus.*

Les exemples de ce vice de conformation sont assez rares. Il se complique très souvent d'autres lésions congénitales; c'est en effet dans les premiers mois seulement de la vie intra-utérine que se manifestera l'arrêt de développement qui amènera, par le non accollement des conduits de Müller, l'*uterus bipartitus diductus*. A cette époque, la vessie, formée par le pédicule de l'allantoïde, communique encore avec l'intestin; aussi est-il assez fréquent de voir coexister avec cette forme vicieuse l'exstrophie de vessie ou la communication du vagin, soit avec le rectum, soit avec l'urèthre, et même avec ces deux organes à la fois. Nous étudierons plus tard ces complications.

Les deux utérus, séparés dans toute leur hauteur, aboutissent à un vagin double qui peut aussi présenter dans sa partie supérieure un écartement entre ses deux moitiés.

Cette disposition si anormale de la matrice devait frapper les observateurs qui pouvaient la rencontrer, et l'on doit, sans nul doute, attribuer à la rareté relative de ce vice de conformation le petit nombre des faits publiés.

Palfyn (1), chirurgien de Gand, signala un des premiers cette curieuse anomalie, qu'il avait rencontrée, le 28 avril 1703, sur un monstre humain du sexe féminin, observé et disséqué par lui. Mais il nous a été difficile, malgré les figures jointes à la description, de comprendre exactement quel était l'état des parties, et il semble qu'il s'agit plutôt de deux utérus appartenant aux deux enfants unis par le bassin, que d'un véritable utérus double.

(1) Palfyn, *Description anatomique de deux enfants*. Leyde, 1708, p. 20.

Saviard (1) décrit ainsi un véritable *uterus biparitust* et *diductus* qu'il avait rencontré, conjointement avec Duverney, sur un enfant n'ayant vécu que peu de jours :

Le 6 janvier 1692 une femme accoucha à l'Hôtel Dieu d'une fille qui avait plusieurs vices de conformation, tant intérieuremen qu'extérieurement. Cette enfant n'ayant vécu que peu de jours, je l'emportai dans ma chambre pour l'y examiner avec M. Duverney, qui m'avait prié de lui faire voir tous les sujets qui auraient quelque chose de singulier...

Ayant ouvert la membrane qui les enveloppait, nous aperçûmes les deux reins distants l'un de l'autre de deux lignes ou environ, et cependant liés ensemble par le moyen d'un petit uretère, qui, sortant du rein droit de la longueur d'un petit travers de doigt, allait se décharger dans un canal commun qui recevait pareillement un autre petit uretère qui sortait du canal gauche, et ce canal commun se déchargeait dans un large trou que nous nommerons poche commune.

Après avoir observé la disposition bizarre des organes dont nous venons de parler, nous examinâmes si nous pourrions découvrir le sexe de ce sujet, qui n'avait à l'extérieur aucune des parties par lesquelles on distingue le mâle d'avec la femelle. Pour cela, nous nous servîmes d'un tuyau à souffler l'air ; nous soufflâmes dans la poche commune, dont l'ouverture était la seule qu'il y eût à l'extérieur ; le souffle introduit dans cette poche nous donna lieu d'observer le gonflement de deux petits canaux que l'on voyait se soulever jusqu'à la distance d'un bon travers de doigt, de telle sorte qu'en suivant ce gonflement, nous aperçûmes deux petites matrices qui avaient chacune une veine et une artère qui se distribuaient chacune de leur côté, et un petit ovaire qui était attaché comme au ligament large.

(1) Saviard, *Nouveau recueil d'observ. chirurg.* Paris, 1702, p. 397, obs. 94.

Ces deux petites matrices avaient chacune leurs ligaments larges et ronds, leurs trompes, leurs franges ou pavillons, leurs vaisseaux afférents et leur vagin fort court; cependant le droit, un peu plus long que le gauche, se déchargeait un peu plus bas dans la poche commune, et le petit vagin gauche était percé pour recevoir la décharge du canal commun de l'urèthre, qui déchargeait la sérosité séparée par les reins dans cette poche, laquelle n'était que la fin du boyau droit un peu dilatée.

Il est probable, par la description de ces organes, que si cette enfant eût vécu, elle eût été incapable de génération par le mélange de la semence avec les excréments, tant stercoraux qu'urinaires, outre que ces matières seraient sorties involontairement.

Quelquefois, entre les deux utérus plus ou moins écartés, viennent se placer, soit des anses intestinales, soit le rectum, de sorte que les deux moitiés de l'organe anormalement divisé ne se trouvent même pas en contact.

C'est ce qu'on peut observer sur le dessin joint à l'observation de Fraenkel (1), et que Kussmaul reproduit dans son livre.

Les deux vagins étaient fortement écartés l'un de l'autre dans leur partie supérieure; ils étaient fortement dilatés et chacun d'eux se terminait supérieurement par un utérus très petit portant une trompe et un ovaire. Le rectum, réduit à une ampoule conique et fermé en haut, venait se placer entre les deux vagins et les deux utérus.

Cet écartement des deux utérus, cette interposition d'une partie quelconque de l'intestin, se remarquent également sur une très belle pièce offerte au musée Dupuytren par Depaul et placée sous le n° 341, a. Nous reproduisons la partie de l'observation (2) qui a trait à la description des

(1) Fraenkel, *Diss. de organor. gen. deformit.*, Berlin, 1825.

(2) Depaul, *Bull. de la Soc. anat.*, nov. 1853.

organes génitaux internes. Cette pièce provient d'une petite fille, née vivante dans les premiers jours de novembre 1853.

Après avoir décrit les particularités anatomiques d'une exstrophie de vessie accompagnée d'absence de l'orifice anal, l'auteur continue ainsi :

Le rein du côté droit, plus volumineux que d'habitude, et surmonté de sa capsule, occupe la situation habituelle. Au-dessous se trouve une poche presque aussi volumineuse que lui, qui a les apparences d'une vessie, mais qui n'est autre chose que l'uretère distendu par l'urine. Cette poche se continue avec lui par sa partie supérieure, s'accole à une espèce de cloaque très-restreint et communique avec l'extérieur par le pertuis dont il a été déjà question. A gauche, on ne remarque que la capsule surrénale, et j'ai d'abord cru qu'il n'y avait qu'un seul rein. Mais une dissection attentive m'a bientôt fait voir qu'il n'en était pas ainsi. En effet, ce second organe, plus petit d'un tiers que le précédent, existe profondément caché dans l'excavation pelvienne. De son échancrure part un uretère non dilaté qui s'accole à l'autre moitié de l'utérus, longe un autre cloaque et s'ouvre par le second petit pertuis signalé sur la tumeur externe.

Il y a deux utérus parfaitement distincts dans toute leur étendue ; ils se présentent sous la forme de deux petites cornes recourbées en dehors à convexité supérieure. A chaque extrémité libre et légèrement renflée, sont appendus la trompe et son ligament, et un tout petit ovaire parfaitement reconnaissable. L'extrémité antérieure est adhérente et embrassée par une petite poche remplie d'un mucus blanchâtre, et celle du côté gauche communique par une petite ouverture avec l'intestin. Les deux poches sont longées par les uretères, de sorte qu'elles représentent deux vagins très-courts et comme renflés, où aboutit le col de chacun des utérus. Ces deux utérus ont un col parfaitement dessiné et qui fait une aillie de 2 à 3 millimètres dans chacun des cloaques ou vagin, le

diamètre longitudinal de chaque vagin est de 3 centimètres. Le tube digestif est parfaitement conforme depuis l'estomac jusqu'à l'extrémité de l'intestin grêle qui s'ouvre à la paroi du ventre, un peu au-dessous de l'ombilic, par une fente assez large, demi-circulaire, à concavité inférieure. Il est entièrement vide, sans trace de méconium. Le gros intestin se trouve réduit au cæcum et n'a qu'une étendue de 2 centimètres environ. La même ouverture le fait communiquer avec l'intérieur. Les deux pubis sont séparés; un écartement de 3 centimètres et demi existe entre eux.

Une observation de Mayer (1) est appuyée d'un dessin presque semblable à celui qui se trouve rapporté par Kussmaul, comme reproduction du cas de Fraenkel. — Le rectum est venu se placer entre les deux utérus très écartés l'un de l'autre et se portant obliquement en dehors.

Presque dans tous les cas d'utérus complétement séparé et présentant un écartement entre ses deux moitiés, on a rencontré des anomalies considérables dans l'organisation, mais on a surtout rencontré l'exstrophie de la vessie, ce qui vient encore à l'appui de l'explication que nous avons donnée du mécanisme de ce vice de conformation.

L'exstrophie de la vessie existait encore dans le cas suivant, publié par Puech (2). Il s'agissait d'une petite fille qui vécut trente heures, portant sur le tube digestif, le organes urinaires et les organes génitaux des anomalies nombreuses.

Le rectum était imperforé, et le gros intestin très-court; la fin de l'iléon avec le cæcum s'ouvrait en dehors par un orifice large placé à gauche.

La vessie était exstrophiée, et les deux uretères venaient s'ouvrir

(1) *Journal de Graefe et Walther*, 1829, t. XIII, p. 546.

(2) *Comptes rendus de l'Acad. des scienc.*, 1857, vol. XLV, p. 687.

de chaque côté, au-dessous de l'anus anormal; mais au-dessus du vagin; au-dessus des petites lèvres existaient deux pertuis : l'un qui correspondait à un gros mamelon conduisant au vagin droit, l'autre au vagin gauche qui était oblitéré.

De chaque côté du rectum existaient deux cornes utérines; chacune d'elles, très-nettement isolée, avait son ligament rond, sa trompe et son ovaire.

Il n'y avait qu'une artère ombilicale; le cordon grêle et point flexueux, aboutissait à un placenta peu développé.

L'écartement du pubis était de 5 centimètres; c'était là, au reste la seule lésion du système osseux.

Dans le cas suivant, présenté par Wasseige (1) à l'Académie de médecine de Bruxelles, il existait outre les anomalies du côté des organes génitaux, une exstrophie de vessie et un spinabifida. Ces vices de conformation portaient non-seulement sur l'utérus, mais aussi sur les deux vagins qui présentaient une disposition des plus singulières. L'enfant était né à terme, le 29 janvier 1853...

L'anus n'existait pas; la vessie exstrophiée fait saillie entre les pubis. On rencontre dans son étendue l'ouverture du tube digestif, des uretères, des utérus et des vagins. Il existe deux utérus, un de chaque côté du grand bassin. Leur partie inférieure est en rapport sur la ligne médiane avec les deux culs-de-sac dont nous parlerons plus loin; en avant avec la paroi postérieure de la vessie exstrophiée, au côté externe avec les uretères et par leur intermédiaire avec les artères ombilicales, en arrière avec la masse intestinale.

Leur partie supérieure est en rapport : au côté interne avec la masse intestinale, en arrière avec les uretères et les artères ombilicales, au côté externe avec les ovaires et les parois abdominales,

(1) *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1852-53, vol. XII, p. 01.

en avant avec la paroi postérieure de la vessie. Ils sont fusiformes. Le gauche est plus volumineux que le droit.

La cavité de l'utérus gauche est beaucoup plus vaste que celle du droit. Elle offre des espèces de colonnes charnues et est remplie d'un mucus épais et jaunâtre. Cette cavité étant insufflée, on voit le mucus sortir par l'uretère gauche ; un stylet, introduit dans l'orifice interne, sort par l'uretère gauche, un peu au-dessus de son méat. L'orifice interne de l'utérus gauche est situé sur la paroi externe de sa cavité.

L'utérus droit, plus allongé et moins épais, a une cavité oblongue qui ne présente pas de colonnes charnues ; son orifice interne occupe le fond. Un stylet introduit dans cet orifice sort à un millimètre en dessous du méat des uretères droits.

Chaque utérus se termine par une trompe de la longueur d'un pouce, portant à son extrémité un pavillon. On trouve de chaque côté un ligament rond et un ovaire de la grosseur d'une petite fève.

Il existe deux culs-de-sac logés dans le petit bassin que nous croyons être deux vagins. Ils ont un pouce et demi de longueur. Chaque ouverture a un centimètre de diamètre.

Ces deux culs-de-sac sont parallèles et attachés à la paroi antérieure du sacrum par un repli du péritoire, ayant de l'analogie avec le mésentère. Ils contiennent un liquide épais, ayant l'aspect du pus louable; examiné au microscope, on ne reconnaît dans ce liquide que des cellules d'épithélium.

Insufflés, ils ont l'aspect du gros intestin. En effet on remarque des espèces de bosselures sur leur face antéro-supérieure. Ils se terminent brusquement au niveau du promontoire ; ils ont un centimètre de diamètre.

L'ouverture du cul-de-sac droit est située un peu plus haut que celle du gauche. Les deux culs-de-sac sont à un centimètre l'un de l'autre. Le gauche se rapproche un peu plus de la ligne médiane que le droit. *Rapports.* Au côté externe, ces culs-de-sac correspondent : en avant aux utérus, en arrière aux parois latérales du petit bassin, antérieurement à la face postérieure de la vessie, pos-

térieurement au sacrum ; au côté interne ils sont séparés l'un de l'autre par un repli du péritoine qui s'étend du promontoire à paroi postérieure de la vessie exstrophiée.

Il est facile de voir, d'après les observations que nous venons de rapporter, que dans presque tous les cas semblables la mort est survenue dans les premiers temps après la naissance.

Cependant il peut ne pas en être toujours de même, la vie paraît compatible avec des vices de conformation poussés très loin, l'observation suivante le prouve. Malgré l'absence d'autopsie, il est difficile en le rapprochant des précédents de ne pas admettre, dans le fait suivant, l'existence d'une séparation complète des deux moitiés de l'utérus.

Cette malade avait une exstrophie de la vessie, et quand on lit la description que Bonnet (1) donne de ses parties génitales, on s'étonne déjà de la savoir mariée, mais bien davantage encore quand on apprend qu'elle a pu devenir mère.

Elle se maria à l'âge de vingt-trois ans, et peu après devint grosse. Ayant conscience de la disposition anormale de ses parties sexuelles, elle fit appeler le chirurgien au septième mois de sa grossesse. Ce dernier ne trouva pas de traces d'ombilic, mais environ à trois pouces de sa place ordinaire, il découvrit une exubérance spongieuse et d'apparence charnue de la grosseur d'un œuf de poule ; on trouvait deux petits orifices à sa partie inférieure, à un pouce de distance l'un de l'autre, et à travers lesquels l'urine tombait continuellement goutte à goutte.

Un quart de pouce plus bas se trouvait un orifice par lequel s'écoulait toujours le sang des règles; M. Bonnet eut beaucoup de peine à y introduire le doigt. Il chercha en vain le col de la ma-

(1) *Philosoph. trans.*, 1725, p. 142.

trice ; mais il sentit très-nettement une membrane transversale très-épaisse, qui séparait ce passage d'un orifice situé environ deux pouces plus bas que celui dont nous venons de parler. L'orifice inférieur était situé exactement à la place ordinaire de la symphyse du pubis. L'anus se terminait à la manière ordinaire, avec un sphincter, environ deux pouces en arrière de l'orifice le plus inférieur, mais beaucoup plus en arrière.

En sorte que l'orifice supérieur ou vagin était situé à un quart de pouce de l'ombilic ; elle n'avait pas de symphyse de pubis, les deux os des iles ne se rejoignant pas.

Le chirurgien, pour permettre à l'enfant de sortir au moment du travail, dut réunir en une seule, par une incision, les deux ouvertures ; il incisa ensuite la membrane transversale, et amena au jour une fille bien portante et à terme.

B. *Utérus double avec cloisonnement complet, séparation plus ou moins complète des deux corps avec accollement des cols* (UTERUS BIPARTITUS BICORNIS).

Les exemples d'utérus bicorne (c'est-à-dire avec séparation complète ou incomplète à l'extérieur des deux cornes utérines), en même temps qu'existe à l'intérieur un cloisonnement complet, lequel se prolongeant jusqu'à l'orifice extérieur de l'organe, transforme l'organe en deux utérus munis chacun d'une trompe, d'un ligament long et d'un col, sont loin d'être rares.

La thèse remarquable de Cassan (1), celle de Kresz (2), en renferment déjà un assez bon nombre d'exemples. Les recueils périodiques, les publications scientifiques françaises et étrangères nous en ont encore fourni de nombreuses observations, si nombreuses même que nous ne croyons

(1) Cassan, *Recherches sur les cas d'utérus double.* Paris, 1826.
(2) Kresz, *Recherches sur les cas d'utérus double.* Paris, 1842.

pas devoir les rappeler toutes; aussi pour cette classe en particulier, nous nous sommes plutôt attaché à rassembler les observations qui présentaient un intérêt réel, au point de vue de la grossesse et des accidents qui l'avaient accompagnée. Nous citerons seulement ici quelques exemples de chacune des variétés que l'on peut rencontrer, et les principaux faits restés dans les annales de la science ou méritant d'y entrer.

François Ant. Cotti, anatomiste napolitain, est, suivant Morgagni (1), celui qui a rapporté la première dissection faite en 1557 d'un utérus humain divisé en deux parties.

Torkos (2) a disséqué et décrit un utérus double. La pièce anatomique provenait d'un monstre femelle, né à Szony, en Hongrie, le 26 octobre 1701, et mort seulement le 23 février 1723. Il y avait, suivant Torkos, un utérus double ou plutôt deux utérus, deux trompes, deux ovaires, et deux vagins qui se terminaient en un seul. Peut-être ce cas assez obscur devrait-il rentrer dans la première variété.

Littre (3), en 1705, décrit ainsi une pièce trouvée sur une petite fille âgée de deux mois :

Le vagin est partagé en deux cavités égales par une espèce de cloison. Cette cloison n'est pas complète; elle n'est étendue que du milieu du vagin à la matrice. Chacune de ces cavités aboutit à une matrice particulière qui a son orifice, son col, son fond, le tout parfaitement séparé de la matrice voisine ; mais parfaitement semblable en figure, en consistance, en dimensions.

Les deux matrices, depuis le col jusqu'à une certaine profondeur, n'étaient que comme une seule partagée en deux par une

(1) Morgagni, *De sedibus* epist., t. III, p. 21.
(2) *Philosoph. trans.*, 1757, p. 311.
(3) *Hist. Acad. des scienc.*, 1705, p. 47.

cloison, mais leurs fonds étaient parfaitement distincts et détachés l'un de l'autre. Chaque matrice n'avait qu'une trompe et qu'un ovaire, qu'un ligament long et qu'un ligament large.

Haller (1) trouva, sur une jeune fille de vingt-six ans, un double utérus avec deux vagins. Chaque moitié de l'utérus était accompagnée d'un ovaire unique.

Eisenmann (2) a publié, avec un atlas de quatre planches, l'observation suivante, qu'on a souvent occasion de rappeler comme un des exemples les plus complets d'*uterus bipartitus* :

Vers la fin du mois de janvier 1751, M. Jacobi, chef de l'école d'anatomie, annonça qu'il avait rencontré dans un hôpital de la ville, chez une jeune fille de dix-neuf ans, un double orifice du vagin. Cet anatomiste examina d'abord les organes génitaux externes et vit deux vulves d'égal diamètre, munies chacune d'un hymen régulièrement conformé. Il procéda ensuite à l'ouverture du cadavre et reconnut l'existence de deux vagins égaux en longueur comme en volume, placés côte à côte, l'un à gauche, l'autre à droite ; leurs côtés internes étaient confondus. Ils présentaient à leur intérieur les rides que l'on y rencontre d'habitude chez les vierges ; dans l'un et l'autre de ces conduits se trouvait le col d'un utérus dont la cavité était bien distincte. Les deux corps de l'utérus étaient accolés et séparés par une cloison comme les vagins, et cette cloison, aussi bien pour l'utérus que pour le vagin, n'était pas simple et commune, *mais bien formée de deux feuillets, accolés seulement.*

Chacun de ces utérus n'avait d'ailleurs qu'un ligament large, qu'un ligament rond, qu'une trompe de Fallope, qu'un ovaire et qu'une artère utéro-ovarienne.

(1) *Opuscul. pathol.*, n° 50.

(2) Eisenmamm, *Quat. tab. anat. uteri duplicis.* Strasbourg, 1752.

Lauth (1) a donné, dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, la description de cette pièce, qui se trouve déposée au musée de Strasbourg et inscrite sous le n° 968.

Morand (2) présenta, en 1743, à l'Académie des sciences, l'observation d'une femme chez laquelle on trouva à l'autopsie deux matrices ayant chacune une trompe, un ligament large, un ligament rond, un orifice, le tout pour un seul vagin qui leur était commun.

John Purcell (3) disséqua en 1773, dans l'amphithéâtre de *Trinity College*, une femme morte en travail au neuvième mois de sa grossesse. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva un utérus qui présentait la grosseur et la forme normales de cet organe au neuvième mois. Il contenait un fœtus à terme, mais n'avait qu'un ovaire et une trompe de Fallope situés sur le côté droit. Vers la gauche était placé un second utérus, de grosseur ordinaire, ne contenant pas de fœtus, et auquel étaient annexés un autre ovaire et une autre trompe de Fallope. Mais ces deux utérus étaient complétement distincts l'un de l'autre, excepté dans la partie inférieure de leurs cols, qui étaient unis sur la longueur d'un quart de pouce, et qui formaient entre eux un angle aigu. Il n'y avait rien d'extraordinaire dans la conformation des parties sexuelles externes.

Sur l'utérus double rencontré par Vallisnieri (4) sur une femme empoisonnée par les cantharides, l'un des cols utérins avait sa situation normale, l'autre s'ouvrait dans le rectum.

(1) *Répert. d'anat. et de phys.*, t. V, p. 100.
(2) *Acad. des scienc.*, part. hist., 1743, p. 86.
(3) *Phil. Trans.*, t. XIII, p. 572.
(4) Cassan, *th. cit.*

Boehmer (1), sur une femme morte au bout de trente-six ans de mariage, trouva une matrice partagée en deux cavités, avec un vagin double, terminé en bas par une seule ouverture; le coït avait été si douloureux dans les premiers temps du mariage, que la femme s'y était depuis refusée.

Lallement (2) a présenté à la Faculté de Paris, le 25 pluviôse an IV, une pièce en cire représentant un utérus double avec double vagin : l'enfant était âgé de trois à quatre ans. Cette pièce est déposée au musée Dupuytren sous le n° 338.

Dance (3) a rapporté un cas dans lequel l'utérus, ainsi que le vagin, étaient séparés en deux cavités complétement isolées ; chaque utérus avait son ouverture propre, mais le col paraissait rudimentaire.

Femme de cinquante-six ans, morte à l'Hôtel-Dieu d'une maladie complétement étrangère au vice de conformation.

Autopsie. — Une membrane continue divisait le vagin dans toute sa longueur, à partir du méat urinaire et de la commissure postérieure de la vulve jusqu'au milieu du col utérin. Cette cloison avait environ une demi-ligne d'épaisseur; elle était ferme, résistante, tapissée de chaque côté par la muqueuse vaginale qui se continuait de part et d'autre sans interruption. Le col de la matrice ne formait point de saillie apparente dans la cavité de ce double vagin; son extrémité inférieure était plutôt aplatie qu'arrondie; à droite et à gauche de cette surface, on voyait deux simples trous de forme ronde, de la grandeur d'un petit tuyau de plume, n'étant point couronnés par deux lèvres, ne présentant point l'apparence de fente transversale comme dans l'état naturel. Ces trous aboutissaient isolément dans une loge correspondante de la matrice, dont

(1) Boehmer, *Observ. rar. anat.*, 1752.

(2) Cassan, *th. cit.*, p. 22.

(3) *Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XX, p. 537.

la cavité était ainsi séparée en deux par un septum médian. Vers les angles supérieurs de cet organe existaient deux prolongements latéraux, d'un pouce et demi à deux pouces de longueur, ayant le volume du doigt, une texture identique avec celle des parois utérines dont ils étaient une continuation, une forme arrondie et conoïde, se terminant enfin par leur sommet en donnant naissance aux deux trompes. La longueur de ces derniers canaux était, à partir de ce point jusqu'à leur pavillon, aussi grande que dans l'état naturel. Le corps de la matrice avait un très-petit volume.

En pratiquant l'autopsie d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, M. Gabriac (1) eut l'idée d'examiner l'utérus :

Le col était à sa place normale; en le touchant, on ne sentait pas l'ouverture du museau de tanche, mais le doigt arrivait sur deux orifices, séparés l'un de l'autre par un pont. Ces deux orifices pouvaient admettre le bout d'une sonde d'enfant; ils étaient symétriquement placés l'un à droite, l'autre à gauche; leur forme était assez régulièrement arrondie. Un stylet introduit par les orifices ne pouvait pas parcourir toute la cavité utérine. En faisant pénétrer deux stylets, l'un par l'ouverture droite, l'autre par l'ouverture gauche, ces deux stylets entraient dans deux cavités distinctes et ne se touchaient dans aucun point, quelque mouvement qu'on leur imprimât. Deux incisions furent alors pratiquées sur la face antérieure de l'utérus, suivant la direction des bords latéraux. On put voir alors que l'utérus était formé de deux cavités distinctes, ayant chacune au col un orifice spécial, et séparées l'une de l'autre par une cloison complète. A chaque cavité correspondait l'ouverture d'une trompe dans le lieu où elle est normalement placée.

Cette femme n'avait pas eu d'enfants.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1854.

A. Bérard (1) observa sur une aliénée, à la Salpêtrière, les particularités anatomiques suivantes :

L'utérus, vu extérieurement, était partagé par une scissure profonde étendue de son bord supérieur à son col en deux lobes parfaitement distincts, quoique inégalement bosselés et déformés par des corps fibreux saillants à sa surface. Chacun de ces lobes, par l'extrémité externe de son bord supérieur, donnait naissance à une trompe surmontée d'un ovaire, et à un ligament rond.

Le col de l'utérus, comme le corps, était divisé en deux parties, mais par une cloison seulement, qui se prolongeait dans toute l'étendue du vagin, jusqu'au-dessous du méat urinaire ; de telle manière qu'il y avait deux vagins correspondant à deux cols utérins entièrement séparés. La cloison était formée par l'adossement des membranes propres du vagin, qu'il était facile de faire glisser les unes sur les autres avec les doigts portés en sens opposé. Deux ou trois tubercules charnus, dus aux débris des hymens, existaient aux orifices extérieurs qui s'ouvraient dans une vulve unique et régulièrement conformée.

Cette femme n'avait eu, après un accouchement laborieux, qu'un enfant venu à terme, mais mort en naissant.

Cassan (2), dans sa thèse inaugurale, a rapporté un très-bel exemple d'utérus double. La description qu'il donne de la pièce anatomique nous paraît mériter d'être rapportée textuellement.

Sur cette femme de trente ans, morte de phthisie pulmonaire, le péritoine semble partager l'utérus en deux lobes.

Les parties génitales externes ne présentaient rien de particulier. A un pouce au-dessus de l'orifice du vagin, on trouvait une

(1) *Journal des progrès des sciences médicales en Europe*, 1827, vol. IV, p. 283.

(2) Cassan, *th. cit.*, p. 24.

cloison, qui divisait verticalement ce canal en partie droite et en partie gauche; elle était repoussée un peu à droite, ce qui donnait plus de largeur au côté gauche. La longueur de l'un et de l'autre était de 5 pouces environ; la cloison médiane, était épaisse d'une ligne et formée par l'adossement de la membrane muqueuse de chaque vagin, de manière qu'on pouvait les faire glisser l'une sur l'autre en pressant la cloison entre deux doigts.

A la partie inférieure de la vulve, qui, comme on l'a vu, était unique, et de chaque côté de la ligne médiane, existait un tubercule saillant, épais, séparé de son semblable par des lignes transversales. La membrane muqueuse des deux vagins présentait des rides circulaires très-prononcées, parallèles entre elles et interrompues par une ligne longitudinale qui régnait sur la partie moyenne de la cloison. On observait entre ces rides circulaires un grand nombre de rugosités qui affectaient toutes sortes de directions. En avant de la cloison médiane le vagin offrait un diamètre transversal considérable.

A l'extérieur de l'utérus, on voyait un repli du péritoine analogue au ligament suspenseur du foie, tendu comme lui, contenant l'ouraque dans son bord antérieur, et composé de deux feuillets adossés. Il se portait de la face postérieure de la vessie à la partie antérieure et supérieure du vagin, là passait sur la paroi antérieure, le bord supérieur et la paroi postérieure de l'utérus, et se terminait en se fixant à la face antérieure du rectum, qui descendait verticalement dans l'excavation du petit bassin. Les deux feuillets de ce repli du péritoine tapissaient les deux faces de chaque lobe utérin et formaient par leur adossement les ligaments larges sur les parties latérales de chaque utérus. Il résultait de cette disposition que le petit bassin était divisé en deux cavités, l'une antérieure et l'autre postérieure : la première, plus grande, était subdivisée en partie droite et gauche par le repli du péritoine décrit plus haut, et la seconde, plus petite, était également subdivisée par le même repli, qui s'étendait de la face postérieure de l'utérus au rectum.

Le corps de l'utérus offrait une étendue transversale de 4 pouces

4 lignes ; il était formé de deux lobes ovalaires, un peu aplatis de devant en arrière, de 10 lignes d'épaisseur, ayant chacun le volume d'un utérus ordinaire, et réunis seulement par leur plus petite extrémité.

Il résultait de cette réunion que l'utérus bilobé offrait dans son ensemble un corps étranglé dans sa partie moyenne, dont le bord supérieur, arrondi, était concave à son milieu et convexe à son extrémité. Le bord inférieur avait la même étendue que le bord supérieur ; il était un peu moins convexe que lui vers ses extrémités, et présentait aussi dans son milieu une concavité de 2 pouces d'étendue et interrompue dans sa partie moyenne par la saillie du col. Les bords latéraux n'existaient pas réellement et paraissaient seulement continuer le bord supérieur ; ils étaient embrassés par les ligaments larges dont la conformation large était d'ailleurs naturelle ; on observait de chaque côté une trompe et un ovaire. Le bord inférieur était côtoyé par un faisceau fibreux très-saillant, qui des deux côtés se portait obliquement en dehors, au côté interne de chaque cordon sus-pubien, qui partait des deux extrémités du bord inférieur. Ce faisceau fibreux contribuait beaucoup à augmenter l'épaisseur, la largeur et la force des cordons sus-pubiens.

Le col, examiné extérieurement, était quadrilatère, de 15 lignes de diamètre, et il se trouvait placé, ainsi que la partie du vagin qui l'embrassait, dans l'écartement de ce repli péritonéal dont j'ai parlé plus haut, et qui le cachait en avant, en se portant de la vessie vers l'utérus, et en arrière, en se rendant de l'utérus au rectum.

En incisant latéralement le corps et le col de chaque lobe, je reconnus que la cavité de chacun d'eux était isolée et sans aucune communication avec celle du côté opposé ; celle du corps était longue de 16 lignes, large de 3 lignes, légèrement sinueuse, irrégulièrement cylindrique, et offrait deux légères dilatations. On voyait, à la partie supérieure qui était parallèle au bord supérieur du lobe, une saillie longitudinale. La cavité du col était divisée en deux par une cloison médiane et formait ainsi deux cavités isolées :

chacune était longue de 14 lignes, un peu plus étroite que celle du lobe avec laquelle elle se réunissait à angle droit. La cloison médiane était formée par l'adossement de deux feuillets distincts; l'une et l'autre cavité se terminaient extérieurement par un orifice d'une ligne de diamètre, irrégulièrement circulaire, mais qui ne présentait aucune déchirure ni aucune inégalité, comme on en observe au col de l'utérus des femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants. Chaque orifice était placé au centre et au côté interne d'un tubercule mamelonné, qui faisait une saillie remarquable dans la partie supérieure de chaque vagin. Chaque tubercule, qui n'était que l'ébauche d'un col bien conformé, n'était pas situé exactement au centre du sommet de chaque vagin ; il se rapprochait davantage de la cloison qui les isolait.

On voit, d'après cette description, qu'il y avait deux utérus isolés complétement et accolés simplement par leurs cols et une très-petite étendue de la paroi correspondante de leurs corps.

Les annexes de cet organe biloculaire n'étaient point doubles, comme je l'ai déjà dit; chaque ovaire était surmonté d'un kyste qui paraissait développé dans une de ses vésicules, et qui avait le volume d'un œuf de pigeon, des parois minces et transparentes, et sa cavité était remplie d'un liquide filant, visqueux, analogue à la bile.

Nous nous contenterons de mentionner les cas d'Oldham (1), Schupmann (2), Vrolik (3), Boivin (4), Meckel (5), Sue (6), Decès (7), Depaul (8), Geiss (9), Graily-Hewitt (10)

(1) *Guy's Hosp. Reports*, 1849, t. IV, p. 354.
(2) Kussmaul, *op. cit.*, p. 185.
(3) Vrolik, *op. cit.*, tabl. XC, fig. 2.
(4) Cassan, p. 29.
(5) Meckel, *Hand. der path. Anat.*, p. 672.
(6) *Mém. de l'Acad. des scienc.*, 1746, p. 143.
(7) *Bull. de la Soc. anat.*, 1854.
(8) *Ib.*, 1853.
(9) *Lancet*, 1828-29, t. XV, p. 423.
(10) *Id.*, 1862, t. II, p. 666.

Kresz (1) ; nous aurons du reste à revenir sur quelques-uns de ces faits.

Deux particularités importantes établissent, comme nous le verrons surtout au point de vue de la grossesse, une grande différence entre les divers cas d'utérus double bicorne, c'est le volume relatif de chaque corne ; tantôt leur volume est à peu près le même, tantôt l'une des moitiés utérines est en quelque sorte rudimentaire.

Dans un cas rapporté par Dionis (2), la seconde matrice, située au côté gauche, semblait absolument surnuméraire, elle portait cependant une trompe et un ovaire.

Canestrini (3) a publié une observation sur laquelle nous aurons à revenir, car cette matrice supplémentaire s'implantait sur le côté droit de la corne qui paraissait tenir lieu d'utérus normal, et c'est à la base de la corne rudimentaire que s'était faite la rupture qui avait amené la mort de la malade.

Quelquefois, mais cela est plus rare, surtout quand il y a eu grossesse, les deux cornes, quoique longues, ont une grosseur égale.

Schrœder en a observé un très-remarquable exemple, qui se trouve reproduit dans une des planches du traité si complet de Kussmaul.

Les cornes utérines écartées peuvent subir toutes les modifications possibles dans leur forme et surtout dans leur direction. Le plus souvent elles s'écartent légèrement en haut, quelquefois elles sont très-divergentes. L'observation suivante, de Daniel-Lacombe (4), nous en donne un exemple.

(1) Kresz, *Th. inaug.*, Paris, 1842.

(2) *Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire*, 1693.

(3) *Historia de utero duplici.*

(4) *Bull. de la Soc. anat.*, t. II, p. 227.

Cette pièce a été trouvée sur une femme de cinquante-six ans, morte à la Salpêtrière d'un cancer du pylore, sans perforation.

Pendant son séjour à l'infirmerie de cet hospice, la malade a dit qu'elle n'avait jamais eu d'enfants, et qu'elle n'avait pas été mariée.

Les parties les plus extérieures des organes génitaux ne présentent aucune anomalie dans leur conformation. Le périnée, ou mieux l'espace compris entre l'anus et la commissure postérieure de la vulve, a dix-huit lignes de longueur. Il y a deux grandes et deux petites lèvres, et lorsqu'on écarte ces parties, on ne trouve pas de traces de la membrane hymen, pas de caroncules myrtiformes ; mais on aperçoit, au fond du vestibule, deux orifices parfaitement distincts, qui conduisent chacun dans un vagin : l'un droit et l'autre gauche ; en sorte qu'il est de la dernière évidence qu'il y a deux cavités vaginales séparées par une cloison antéro-postérieure. Celle-ci, examinée à l'aide d'une incision pratiquée sur la paroi antérieure du vagin gauche, présente deux faces latérales, lisses en arrière et rugueuses en avant, et quatre bords, dont trois adhérents : le supérieur, le postérieur et l'antérieur, et un seul, l'inférieur, libre et semi-lunaire, offrant à son extrémité périnéale un petit tubercule charnu qui semble se continuer avec le bord inférieur. Cette cloison mesure toute la hauteur des deux vagins, qui est de trois pouces environ. Elle est évidemment formée par deux feuillets de la muqueuse, réunis entre eux par du tissu cellulaire très-lâche, ce qui permet de les faire glisser l'une sur l'autre avec la plus grande facilité.

Quant aux cavités vaginales, elles diffèrent l'une de l'autre par leur capacité ; celle du côté droit est moins grande que celle du côté gauche ; l'orifice du vagin droit offre un pouce de diamètre, et celui du côté gauche environ seize lignes.

Examinés à l'intérieur, ces canaux présentent un très-grand nombre de plis muqueux dirigés transversalement, plus multipliés à la paroi antérieure dans le vagin gauche, et groupés en plus grande quantité au contraire à la paroi postérieure dans le vagin droit; là les plis semblent converger vers la partie antérieure de la

cloison. Enfin, au fond de chacune de ces cavités vaginales, on trouve un museau de tanche, qui peut avoir cinq à six lignes de diamètre ; les lèvres en sont effacées et les deux orifices utérins sont arrondis et fort étroits.

La matrice a la forme d'un quadrilatère de seize lignes de hauteur sur dix-huit de largeur. Ses deux angles inférieurs correspondent aux deux museaux de tanche déjà indiqués, tandis que les deux supérieurs se prolongent sous la forme de deux cornes charnues à *convexité supérieure et à concavité inférieure, ayant chacune deux pouces de longueur et dirigées horizontalement vers les fosses iliaques.* En dehors de ces deux prolongements offrant la même organisation que l'utérus, on trouve de chaque côté une trompe et un ovaire qui ne présentent rien de particulier à noter, si ce n'est que l'ovaire gauche est moins volumineux et plus dur que l'ovaire droit. Quant à la disposition du péritoine à l'égard de l'utérus, on voit que cette membrane ne forme pas de cul-de-sac entre le rectum et la face postérieure de cet organe, mais qu'elle descend de sept lignes entre sa face antérieure et la paroi postérieure de la vessie. Celle-ci a très-peu de capacité. Le clitoris et le méat urinaire ne présentent aucunes traces de bifurcation. Les mamelles sont assez développées.

Lauth (1) a décrit une pièce analogue qui se trouve dans le musée de Strasbourg :

Les cornes de l'utérus sont largement distantes l'une de l'autre par un angle droit; elles sont fort épaisses, la droite un peu plus grande que la gauche; ces deux cornes se réunissent là où commencerait le col, dont l'extrémité inférieure forme un bourrelet assez gros dans le vagin. Ce col est percé de deux ouvertures, conduisant chacune dans sa corne utérine correspondante. La cloison qui divise en deux loges les cornes et le col est très-épaisse en haut et devient mince tout près des orifices externes qu'elle sépare.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1843, p. 123.

L'orifice droit est plus bas que le gauche. Un ovaire et une trompe normales correspondent à chaque corne de l'utérus. Le vagin participe en partie à cette disposition de l'utérus, en ce que sa partie moyenne est de même séparée par une cloison ; mais elle ne s'étend que dans l'espace de deux travers de doigt, en sorte que les extrémités supérieure et inférieure du vagin se trouvent simples, tandis que l'espace intermédiaire est divisé par la cloison. Les autres parties sont normales.

Enfin, il est des cas où, bien que ne présentant qu'un seul col, à l'extérieur du moins, l'utérus peut être regardé comme complétement divisé et formé par deux moitiés indépendantes l'une de l'autre. Nous en avons mentionné déjà des exemples, nous citerons comme présentant cette particularité, le fait suivant recueilli par Bonnefous (1) :

Une femme âgée de trente-sept ans entra à l'hôpital Necker dans le service de M. Bricheteau. On la croit atteinte du choléra. Des crampes surviennent; la constipation, les vomissements continuent et la malade meurt.

A l'autopsie, on trouve, outre les lésions d'une péritonite, suite d'étranglement interne, un utérus double. Le *col est unique*, il n'y a point d'ouverture à sa partie moyenne. Il y a là une scissure imperforée avec un petit opercule fixé dans le sillon qui sépare les deux lèvres du col utérin ; mais, à chacune des extrémités de la scissure existe une ouverture conduisant chacune dans une cavité utérine isolée, sans communication avec les deux. En arrière du col sont deux corps pyriformes dirigés en bas et en dedans, distant par leur fond et convergeant par leur extrémité inférieure. Celui de gauche paraît un peu plus volumineux. Un ovaire unique correspond en dehors à chacune de ces cavités utérines. Les rapports de l'utérus sont normaux. Le rectum est situé entre les deux matrices, de telle sorte qu'il y a un cul-de-sac péritonéal sur chacun de ses

(1) Lauth, *Répert. d'anat. et de phys.*, t. V, p. 102.

côtés. Cette femme avait été mère de six enfants, dont deux jumeaux. L'accouchement s'est constamment bien fait, excepté celui de la grossesse gémellaire. Le dernier datait de deux ans.

C. *Utérus ayant l'aspect normal à l'extérieur et présentant un cloisonnement complet à l'intérieur* (UTERUS GLOBULARIS BIPARTITUS).

Les exemples de faits anatomiques appartenant à cette variété pouvaient à priori être annoncés comme très-rares. En effet l'utérus, ne présentant à l'extérieur aucune modification dans sa forme, n'a rien qui attire l'attention dans les autopsies, sauf le cas où la coexistence d'une cloison vaginale a pu pendant la vie des malades appeler l'attention du chirurgien.

Mais, il est une autre raison plus scientifique qui nous explique la rareté réelle et absolue de ce vice de conformation. Ce travail formateur, embryogénique, dont nous avons décomposé les principaux phénomènes, est continu dans sa marche, et quelques-uns de ses actes sont simultanés. Si les progrès du développement dont le terme est la disparition de la cloison qui sépare les utérus rudimentaires, cessent ou se ralentissent, tout porte à croire que la fusion extérieure des deux utérus (qui n'est pas encore achevée au moment où cette perturbation arrive) ne continuera pas à se faire. Le développement se ralentira ou cessera dans tout l'organe à la fois, produisant ainsi un utérus bicorne ou tout au moins cordiforme, plutôt qu'un utérus globulaire. Cependant les exemples que nous allons citer semblent prouver qu'il peut en être autrement.

Le cas d'Eisenmann cité plus haut pourrait à la rigueur être rangé dans la classe des utérus globulaires, mais com-

plétement cloisonnés. En effet, en décrivant la pièce qui se trouve, comme nous l'avons dit, au musée de Strasbourg, sous le n° 968, Lauth dit explicitement que cet utérus, vu le peu de profondeur de la scissure antéro-postérieure, semble établir une transition entre les formes bicorne et biloculaire.

Kussmaul, toutefois, dans son livre si riche en observations, rapporte un exemple d'*uterus bipartitus* présentant au dehors son aspect normal.

Le cas et la figure qui représente la pièce anatomique sont empruntés à Liepmann (1). Les cavités utérines, tout à fait séparées, très-étroites, se présentaient sous formes de fentes disposées en croissants, dont les pointes regardaient en dehors et correspondaient aux bords latéraux de l'organe.

C'est le seul exemple bien accusé que nous connaissions de cette disposition anormale de l'utérus ; car si la thèse de Cassan (2) semble renfermer un autre exemple, nous n'oserions l'accepter sur cette seule phrase : « M. le professeur Récamier m'a dit avoir rencontré autrefois sur le cadavre d'une femme adulte un utérus double, mais non *bilobé*, qui s'ouvrait par deux orifices dans un vagin simple. »

IV. UTÉRUS EN PARTIE CLOISONNÉ (UTERUS SEMIPARTITUS.)

Le cloisonnement incomplet de l'utérus peut présenter des degrés fort divers, depuis la séparation à peu près complète des deux moitiés (sauf à l'ouverture inférieure du col), jusqu'à l'existence d'un renflement plus ou moins considérable, d'un simple éperon de tissu utérin qui viendra faire une saillie variable dans l'intérieur de la cavité de l'organe. Les

(1) Liepmann, *De duplicitate uteri et vaginæ*. Berlin, 1830.

(2) Cassan, p. 28.

exemples de cette disposition doivent être très-fréquents ; on en trouve déjà un grand nombre dans les auteurs et les recueils scientifiques, et l'on en trouverait encore bien plus si le peu d'importance qu'a parfois ce vice de conformation n'éloignait les observateurs de la publication des faits dont ils ont été témoins. Cependant lorsque, sans être complet, le cloisonnement arrive jusqu'à la partie inférieure de l'organe, il prend alors une importance plus considérable que nous étudierons à propos des phénomènes de la parturition dans les utérus doubles.

Comme dans les autres classes, la nature pourra présenter à l'extérieur de l'organe des traces de la division anormale qui existe dans sa cavité, de là deux variétés :

1° *Uterus semipartitus bicornis ;*

2° *Uterus semipartitus globularis.*

Nous nous contenterons de citer quelques faits justifiant la distinction que nous avons établie.

Dans un cas observé par Depaul (1), et que nous citerons à propos de la grossesse, la cloison arrivait jusque dans le col utérin, et l'ouverture rétrécie des deux cavités utérines pouvait être reconnue dans la partie supérieure du col.

C'est en effet à propos de grossesses terminées d'une manière fatale que cette disposition a été le plus souvent constatée par Hommel (2), Bagard (3), Acrel (4), Walter (5),

(1) *Union méd.*, 1855, p. 544.
(2) Kussmaul, p. 209.
(3) Louis, *Arch. gén.*, 1836, t. XI, p. 150.
(4) Acrel, *Chirurg.*, 1777.
(5) Walter, *Betracht. u. Geburt.*, 1776.

Lee (1), Dumas (2), Jackson (3), Rokitansky (4), Cruveilhier (5), Generali (6), Chiari (7).

Lauth (8), dans le *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, a donné la description et le dessin d'un utérus appartenant à cette variété.

Le musée Dupuytren renferme, sous le n° 335, un exemple intéressant de ce vice de conformation. Cette pièce a été donnée par Dupuytren (9); elle fut prise par lui, le 19 ventôse an IX, sur une femme de trente-huit ans, morte à l'hôpital Beaujon. Le museau de tanche était formé par quatre tubercules séparés par deux fentes, l'une transversale, l'autre perpendiculaire à la première. Le doigt, insinué dans leur intervalle, les écartait facilement, mais rencontrait bientôt sur la ligne médiane un obstacle qui le forçait à se porter sur les côtés, où il rencontrait une ouverture à droite comme à gauche. Le col de la matrice, simple inférieurement, se séparait supérieurement en deux parties divergentes; deux corps arrondis, du volume d'une matrice ordinaire, surmontaient chacun de ces cols et tenaient lieu d'une matrice bien conformée.

Kresz (10) a donné, dans sa thèse inaugurale, la description et le dessin d'une pièce anatomique recueillie à l'hôpital Beaujon en 1841. La femme était morte quinze jours après

(1) *Med.-chir. Trans.*, t. XVII, p. 473.
(2) *Journ. de la Soc. prat. de Montpellier*, 1841, t. III, p. 169.
(3) Jackson, *Catal. of the Boston Museum*, 1847.
(4) Rokitansky, *op. cit.*, pl. 14 et 15.
(5) Cruveilhier, *Anat. path.*, livr. IV, pl. 5.
(6) *Bull. dell. sc. med. di Torino*, 1850.
(7) *Klinik d. Geburtsh.*, S. 52.
(8) *Répert. d'anat. et de phys.*, t. V, 1re part.
(9) Cassan, *th. cit.* p. 22.
(10) Kresz, *op. cit.*, p. 21.

un avortement fait à six mois de grossesse ; la corne utérine qui avait porté le fœtus était très-dilatée ; l'ouverture du col était unique et commune aux deux cavités du corps.

Vollier (1) a présenté à la Société anatomique un utérus bifide et demi-cloisonné, recueilli sur une femme de vingt-deux à vingt-quatre ans, morte de péritonite : la cloison était à peu près complète, sauf vers le col, dont l'ouverture était commune aux deux cavités ; le diamètre de cet orifice était d'environ 3 centimètres. L'injection anatomique ne montra aucune anomalie dans la distribution des artères.

L'*uterus globularis semipartitus*, c'est-à-dire cloisonné incomplétement, mais présentant à l'extérieur sa forme normale, doit, plus encore que la variété bicorne, échapper à l'observation nécroscopique.

MM. Cruveilhier et Busch, dans leurs *Atlas d'anatomie pathologique*, en ont représenté un exemple.

Le musée de Strasbourg en renferme une préparation dont Lauth (2) a donné le dessin : le fond de l'utérus est, à l'extérieur, exactement globulaire ; à l'intérieur, la cloison placée sur la ligne médiane divise presque exactement la cavité du corps seulement de l'utérus et deux cavités secondaires.

Quelquefois une légère échancrure se remarque à l'extérieur de l'organe, à l'endroit qui correspond à la cloison ; on comprend qu'entre la disposition normale et l'existence de deux cornes saillantes, on peut trouver tous les intermédiaires possibles. M. Blot (3) a montré à la Société anatomique un *uterus semipartitus* n'offrant à l'extérieur qu'une trace de division ; l'organe prend alors un peu cette

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 25e année, p. 265.

(2) *Répertoire d'anat. et de physiol.*

(3) *Bull. de la Soc. anat.*, 23e année, p. 129.

forme qui a fait adopter, pour la désigner, le mot de *cordiforme*, que nous trouvons déjà employé dans un cas semblable, en 1752, dans une présentation à l'Académie des sciences (1) d'un utérus incomplétement cloisonné.

Le fait suivant, donné par Sanyer du Lac (2) comme un cas d'utérus inclus dans un autre utérus, nous paraît devoir être interprété comme un exemple d'*uterus semipartitus*.

Deux matrices étaient incluses l'une dans l'autre; par suite d'une erreur, on avait cru que le placenta était resté dans l'utérus après l'accouchement, et l'on s'efforçait de le retrouver, quand une sage-femme sentit dans la cavité utérine une membrane flottante qu'elle prit pour l'arrière-faix et qu'elle tâcha d'arracher, mais sans aucun succès. Le chirurgien Paret, qui fut appelé, rencontra dans la matrice ce même corps étranger; il pénétra jusqu'au fond et y trouva ces membranes attachées par une adhérence de la largeur d'un écu de 3 livres; leur épaisseur était de deux lignes environ; « leur bord était fendu dans un endroit, de la largeur d'un pouce et demi, sans doute par la violence qu'avait pu faire l'enfant dans sa sortie, ou par la mauvaise manœuvre de la sage-femme. » Le chirurgien reconnut dans la cavité que formaient ces membranes les embouchures des vaisseaux sanguins qui communiquaient avec le placenta, et rendaient le fond de « cette seconde matrice » inégal et raboteux : il reconnut que c'était « une matrice contenue dans une autre ».

(1) *Hist. de l'Acad. des scienc.*, 1752, p. 65.

(2) *Obs. de méd. et de chir.*, 1757, Vandermonde, p. 278.

V. UTÉRUS UNILOCULAIRE A L'INTÉRIEUR, ÉCHANCRÉ A L'EXTÉRIEUR VERS SON FOND (UTERUS UNILOCULARIS).

A. *Bicornis.* — B. *Cordiformis.*

L'utérus ne renfermant à l'intérieur qu'une cavité unique, mais présentant à l'extérieur une échancrure légère, forme la variété que MM. Cruveilhier et Barth ont appelée *cordiforme*. Nous nous sommes déjà expliqué sur le mode de production de ce vice de conformation fort léger, et qu n'offre, on peut le dire, qu'un intérêt de curiosité, assez léger lui-même.

Lorsque la séparation entre les utérus est un peu plus tranchée, sans que pour cela la partie déprimée vienne faire cloison à l'intérieur; lorsque, en un mot, l'utérus est véritablement bicorne, l'intérêt augmente, car il pourrait arriver qu'un fœtus se développât, surtout dans les premiers temps, dans un des côtés seulement de l'organe.

Kussmaul (1), d'après Nægelé, a reproduit le dessin d'un utérus uniloculaire et bicorne, déposé au musée de Heidelberg. Le fond de la matrice, vu à l'extérieur, est aplati, et, sur les parties latérales, se trouve surmonté de deux tumeurs ovoïdes qui se continuent avec les trompes et qui présentent à l'endroit où naît cet appendice l'insertion du ligament rond.

Dance (2) a trouvé à l'Hôtel-Dieu, sur une jeune fille de

(1) Kussmaul, p. 27.
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. XX, p. 537.

vingt ans morte de phthisie pulmonaire, un utérus qui appartient à cette variété :

« *Le corps de la matrice était divisé en deux lobes parfaitement égaux et dirigés tout à fait horizontalement*, de telle sorte que le bas-fond de cet organe avait environ cinq pouces de largeur. Chacun des lobes avait une forme ovoïde et un volume moitié moindre que celui d'un utérus ordinaire ; une légère échancrure existait à leur point de séparation ; ils se réunissaient à un col unique. A l'intérieur, un simple raphé *médian et sans cloison intermédiaire* marquait la séparation de ces deux lobes dont les cavités communiquaient librement entre elles, tandis qu'une membrane continue divisait en deux dans toute la longueur celle du vagin. »

Un des vagins était plus ample que l'autre, ce qui fut regardé comme un effet du coït. Pas de traces de grossesse antérieure.

VI. UTÉRUS NORMAL DANS SON CORPS, MAIS SANS APPARENCE DE COL (UTERUS ACOLLIS.)

Il est difficile de se prononcer d'une manière certaine quant à l'existence de ce vice de conformation ; il faudrait, pour établir son opinion sur une base certaine, trouver des exemples chez de très-jeunes enfants ; car, lorsqu'il s'agit d'adultes et surtout de vieillards, rien n'indique qu'il s'agisse d'un vice de conformation congénital, et non d'une modification morbide dans la configuration d'un organe d'abord régulier dans ses dimensions absolues et relatives.

Hervez de Chégoin (1) a présenté à l'Académie de médecine l'histoire d'une femme chez laquelle on ne pourrait, sans témérité, admettre cette disposition. La malade n'a-

(1) Bernutz et Goupil, *Clinique des maladies des femmes*, t. I, p. 64.

vait jamais vu venir ses règles, l'utérus était imperforé et le col *paraissait* manquer complètement.

Meissner (1) a vu une matrice formant une boule complétement close, de laquelle partait un très-fin prolongement qui se prolongeait vers l'urèthre. Le vagin se terminait en cul-de-sac et n'avait aucune communication avec la matrice. La femme, il est vrai, avait soixante-seize ans, mais les dispositions anormales du vagin et de l'utérus lui-même pourraient faire croire que l'absence du col était congénitale.

VII. UTÉRUS NORMALEMENT CONFORMÉ, MAIS ARRÊTÉ DANS SON DÉVELOPPEMENT EMBRYOGÉNIQUE (UTERUS FOETALIS.)

L'absence dans le développement de l'utérus, après la naissance et au moment de la puberté, ne constitue pas, à proprement parler, un vice de conformation, dans l'acception scientifique donnée à cette expression; cependant nous étendrons un peu ici le cadre qui nous est tracé. Il est possible, sinon probable, que l'arrêt dans le développement de l'organe normalement configuré, date le plus souvent des derniers temps de la vie fœtale.

Morgagni (2) est un des premiers qui rapporte un exemple d'*uterus fœtalis*. Il le rencontra sur une femme de vingt ans, présentant d'autres vices de conformation dans les organes génitaux externes, et décrit ainsi la forme de l'organe.

Uteri osculum nulla extuberante corona cinctum, forma erat propemodum circuli, sed parvi adeo, ut mediocre specilli capitulum

(1) *Forschung. des XIX. Jahrhunderts*, 1833, t. VI, p. 68.
(2) Morgagni, *De sed. et causis*, liv. III, lett. 46, ch. 20.

non admitteret. Inde ad supremam usque ex timamque fundi uteri partem haud tantum erat intervalli, ut æquaret maximam mei digit pollicis latitudinem. Neque indicata longitudine erat latior summa, id est latissima uteri pars ; nam reliquum ne latitudinem quidem æquabat apicis digiti minimi, vel antequam incideretur, spectata.

Pears (1) Lobstein (2), Nægele (3), Tiedemann (4), Cloquet (5) en ont rapporté des exemples.

Kussmaul reproduit le dessin d'une pièce empruntée à Zipff (6). L'utérus n'a guère que 4 à 5 centimètres de hauteur, bien qu'il provienne d'une femme âgée de trente-trois ans.

Dans le cas de Lobstein « la matrice avait sa longueur naturelle ; mais ses parois étaient souples et presque membraneuses, son fond n'avait qu'une ligne et demie d'épaisseur. Le museau de tanche, réduit à un petit bouton d'une ligne de longueur, était percé d'une fente transversale par laquelle on pouvait souffler de l'air et porter une soie de porc jusqu'au fond de l'utérus. Le col de la matrice lui-même se présentait sous l'aspect d'une membrane flasque de 5 lignes de diamètre et de 22 lignes de longueur. Cette femme n'avait jamais été réglée. »

Sur la pièce recueillie par Jules Cloquet sur une femme de vingt-deux ans, et présentée à la Société de la Faculté, « la matrice, pâle, décolorée et collée sur la face postérieure de la vessie, *présentait tout au plus le volume qu'elle a*

(1) Banks, *Phil. Trans.*, 1805, p. II, p. 225.

(2) Lobstein, *Traité d'anat. path.*, t. I, 1829, p. 75, atlas, pl. III, fig. 2.

(3) Nægele, *Das Schräg Verengte Becken*, S. 106.

(4) H. Tiedemann, *Ueber Menstruation*. Wurzburg, 1842.

(5) Cloquet, *Bull. de la Soc. de méd.*, t. VII, p. 66.

(6) Zipff, *Werkes*, ch. V, fig. 31.

chez les filles d'un an ; les ovaires et les trompes au contraire étaient assez développés.

VIII. ABSENCE PLUS OU MOINS COMPLÈTE DE LA CAVITÉ DU CORPS OU DU COL DE L'UTÉRUS.

La cavité du corps ou du col de l'utérus peut être plus ou moins rétrécie par l'absence du travail qui doit, en creusant le conduit de Müller, déterminer la formation de ce canal, qui deviendra l'utérus, la trompe ou le vagin. Cette variété d'oblitération, qu'on pourrait appeler avec Kussmaul *uterus fœtalis imperforatus*, est la seule dont nous voulions nous occuper maintenant, reportant dans un chapitre à part ce que nous aurons à dire de l'imperforation de l'orifice utérin seul, imperforation n'empêchant pas l'utérus d'être le siége de phénomènes mensuels d'exhalation sanguine, et amenant ainsi des accidents que nous aurons à étudier.

Le manque complet ou partiel de la cavité utérine a été, croyons-nous, assez rarement observé. Nous pouvons citer cependant deux cas empruntés à nos recueils scientifiques français : l'un appartient à Duplay (1), l'autre à Trumet ou plutôt à Jobert de Lamballe (2).

Dans le cas de Duplay, « l'utérus avait *la forme de celui d'un fœtus à terme ;* le corps est très-petit et le col, très-long, a bien 18 lignes dans le sens vertical. Le corps de la matrice ne présente pas de cavité ; incisé verticalement, il offre une masse charnue dans laquelle on reconnaît le tissu de l'utérus, mais sans aucune trace de cavité. Le

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1834, t. IV, p. 418.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, t. IV, p. 341.

col, divisé par la même incision, présente une cavité oblongue d'un pouce et demi de longueur, étroite, d'une teinte jaunâtre ; les deux parois de cette cavité sont unies par des filaments ténus, qui passent de l'un à l'autre et qui se déchirent avec la plus grande facilité. »

Dans le cas de Trumet, l'utérus, quoique plus volumineux qu'à l'état normal, ne renfermait qu'une petite cavité circonscrite, de la dimension d'une grosse noisette de Provence ; *cette cavité ne communiquait nullement* avec une autre creusée dans l'épaisseur du col, laquelle à son tour était sans communication avec le vagin.

IX. FLEXIONS ANORMALES DE L'UTÉRUS DÉPENDANTES D'UN VICE DE FORMATION (UTERUS FLEXUS).

Nous aurions à parler, dans ce chapitre, des flexions de l'utérus en avant, en arrière et sur les côtés ; mais avant de décrire tel ou tel état de l'organe comme un vice de conformation , il serait indispensable de connaître d'abord quelle est la conformation normale chez le nouveau-né. Or, sur ce point, nous en sommes encore à l'incertitude la plus absolue ; nous n'en voulons pas d'autres preuves que les faits suivants, que nous empruntons au traité si remarquable de Bernutz et Goupil (1).

Boulard, dans sa thèse inaugurale, et Verneuil, dans un rapport à la Société de chirurgie, ont considéré l'antéflexion comme l'état normal de l'utérus.

Depaul (2), dans son rapport à l'Académie, lors de la

(1) *Clin. méd. des maladies des femmes*, t. II, p. 465.
(2) *Bull. de l'Acad.*, 1854.

célèbre discussion de 1854, donnant le résultat de ses recherches sur 50 femmes multipares, annonça que dans 32 cas l'axe de l'utérus était droit et dans la direction du détroit abdominal.

Gosselin (1), sur 48 femmes, n'avait trouvé que 8 foi l'utérus parfaitement droit.

Goupil, en dépouillant le registre des autopsies faites en 1853 à la Maternité, par Lorrain, a trouvé sur 25 fœtus : 6 antéflexions, 2 rétroflexions, 8 latéroflexions et 8 doubles flexions latérales.

Soudry (2), sur 71 enfants, a trouvé 41 antéflexions, 11 antéversions, 15 rétroversions.

Goupil et Bernutz, sur 229 observations, ont constaté 62 cas de latéroflexions.

Ces résultats si divers et encore si incertains doivent nous imposer la plus grande réserve, et nous empêcher d'accepter comme vicieusement conformés les utérus fléchis latéralement, observés par Tiedemann (3), Rokitansky (4), Hohl (5), etc.

Aucun ne nous semble, du reste, pouvoir entraîner la conviction, quant à l'existence des flexions congénitales et anormales.

Quant aux antéversions et aux rétroversions, ce sont des vices de position de l'organe qui ne sauraient rentrer dans le sujet qui nous occupe. Nous dirons la même chose de la rétroversion de l'utérus observée sur une jeune

(1) *Bullet. de l'Acad.*, 1854.

(2) Aran, *Leçons sur les maladies de l'utérus*, 1858, p. 981.

(3) Tiedemann, *Drüsen des Weib. der Gebarm*, 1840.

(4) Rokitansky, *Handb. d. Spez. path.*, 1852, p. 527.

(5) *Deutsche Klin.*, 1851, p. 486.

fille par Willaume (1), et qu'il considéra fort hypothétiquement comme congénitale.

X. ANOMALIES EXCEPTIONNELLES.

Quoiqu'on ne puisse considérer ces faits comme des vices de conformation proprement dits de l'utérus, nous citerons cependant les anomalies suivantes :

Montgomery (2) a vu sur un fœtus monstrueux l'utérus communiquant avec la vessie et le rectum.

Bednar (3) l'a vu communiquer avec le côlon descendant, Gross (4) avec la vessie, Ehrmann (5) avec le rectum; Vallisnieri (6) a observé, comme nous l'avons déjà dit, un utérus double, dont l'un s'ouvrait dans le vagin et l'autre dans le rectum, à deux travers de doigt au-dessus du sphincter anal.

Enfin, on a trouvé quelquefois dans l'épaisseur des parois utérines des canaux dont il est difficile d'expliquer la présence.

Le premier fait appartient à Canestrini (7); il l'observa en 1781, sur une femme hongroise ayant eu plusieurs enfants, et morte pendant une dernière grossesse, à la suite de la rupture spontanée de la corne utérine chargée du produit de la conception. L'autopsie révéla les particularités suivantes :

(1) *Archives gén. de méd.*, 1843, p. 224.
(2) *Quart. Journ. Dublin*, 1856, t. XXII, p. 68.
(3) Bednar, *Krank. d. Neug.*, Th. 3, S. 207.
(4) Meckel, *Handb. d. path. Anat.*, 1812, p. 706.
(5) Ehrmann, *Description de deux fœtus monstres*, 1852.
(6) Cassan, *th. cit.*, p. 18.
(7) Ant. Canestrini, *Histoire d'un utérus double*. Augsbourg, 1788.

L'abdomen étant ouvert, on y trouva un épanchement considérable de sang (7 à 8 livres), et le fœtus enveloppé de ses membranes ; on constata en même temps que le fond de l'utérus était rompu. On trouva à gauche un autre utérus plus grand et auquel l'utérus gauche adhérait par un pédoncule de trois travers de doigt de longueur, et un travers de doigt d'épaisseur ; ce pédoncule contenait deux petits canaux, qui communiquaient tous deux avec la cavité de l'utérus droit ; mais l'un d'eux communiquait avec la cavité de l'utérus gauche, au-dessus de l'orifice interne du col de celui-ci ; l'autre avec le vagin, près de l'insertion de celui-ci sur le col de l'utérus gauche. Ces canalicules étaient tellement étroits qu'ils ne laissaient pénétrer qu'une soie de sanglier ; l'utérus gauche était pourvu d'un col régulièrement conformé communiquant avec le vagin par un orifice normal ; les annexes de l'utérus (ovaire, trompe de Fallope, ligament rond) étaient normales. L'utérus droit (chargé du produit de la fécondation) était plus petit ; le fœtus avait un volume en rapport avec son âge.

Le second fait appartient à Baudelocque neveu (1).

Chez une femme morte d'une pleuro-pneumonie : en incisant l'utérus sur sa partie latérale droite, on trouva de ce côté un canal de même calibre que les trompes, c'est-à-dire de la grosseur d'une plume de corbeau, aboutissant en haut dans la trompe droite, et en bas dans le col. Ce canal, qui naissait de la trompe à 3 ou 4 lignes de son extrémité interne, en était, aussi bien que cette extrémité interne, la continuation

(1) *Arch. de méd.*, t. IX, 1re série, p. 410.

DES FONCTIONS UTERINES DANS LES CAS D'UTÉRUS DOUBLE.

I. DE LA MENSTRUATION.

L'écoulement des règles, c'est-à-dire l'exhalation sanguine qui se fait à la surface de l'utérus, n'est pas un phénomène essentiel ; mais il résulte de l'excitation sympathique et physiologique de l'utérus, par l'évolution spontanée d'une vésicule ovarienne ; on peut donc se demander si cette excitation dans les cas d'utérus double se portera simultanément sur les deux utérus, ou si elle se fixera uniquement sur le lobe utérin correspondant à l'ovaire dans lequel une vésicule de de Graaf est arrivée à maturité. Or, nous allons trouver des faits à l'appui de toutes les opinions, mais surtout de celle qui tendrait à accepter l'indépendance complète de chacun des lobes utérins. En effet, l'écoulement simultané des règles par les deux ouvertures n'est pas une preuve absolument sans réplique, car on peut objecter :

1° Que la cloison inter-utérine n'est pas complète, comme on le croit ;

2° Que chaque ovaire a été simultanément le siége d'une ponte spontanée, ce qui est possible du reste ; car les cas de grossesse gémellaire et simultanée dans des utérus doubles et sans aucune communication, montrent qu'il peut, dans une même période menstruelle, se détacher un ovule de chacun des ovaires.

L'écoulement simultané du sang par chacun des orifices

a été constaté plusieurs fois par Dugniolle (1), Thomas (2) et Siegmund (3).

Goupil a constaté cette particularité sur une de ses malades, et nous devons à son obligeante amitié l'observation suivante, dont nous donnons le résumé :

La fille Pauline B..., âgée de dix-neuf ans, est entrée le 19 octobre 1861 à l'hôpital de Lourcine pour s'y faire traiter d'accidents syphilitiques.

Au premier examen, la vulve paraît normalement conformée. Le système pileux du pubis, les grandes lèvres, le clitoris, les petites lèvres sont d'apparence normale ; mais au-dessous du méat urinaire l'orifice vaginal ne présente de chaque côté que des caroncules myrtiformes tout à fait rudimentaires, et offre une sorte de cloison presque verticale, qui forme dans le vagin deux conduits réguliers, accolés l'un à l'autre comme deux canons de fusil ; ces deux conduits ne sont pas régulièrement situés sur le même plan horizontal, et le canal latéral droit est situé un peu plus haut que le gauche, la cloison qui les sépare allant un peu de gauche à droite.

Ces deux vagins sont terminés par un col utérin assez régulièrement arrondi, un peu plus petit à droite qu'à gauche ; ce dernier n'ayant pas tout à fait 2 centimètres de diamètre transversal. En aucun point de leur longueur on ne trouve de trace de communication entre ces deux conduits vaginaux ; la cloison assez mince qui les sépare est parfaitement complète ; au spéculum les deux vagins présentent la même teinte rose pâle et un aspect normal, sauf que les plis vaginaux sont peu marqués. Chacun des cols est petit, régulier, ferme, d'un rose pâle, et présente un orifice régulier, presque exactement arrondi, sans érosion ni catarrhe utérin. Dans chacun des deux cols l'hystéromètre ne pénètre que jusqu'à

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1843, p. 162.
(2) *Lancet*, nov. 1849.
(3) *Wien med. Wochens*, 1853, nos 17-18.

3 centimètres et demi, encore faut-il, pour le faire pénétrer, diriger fortement la concavité en dehors de chaque côté. En introduisant un stylet d'un côté et un hystéromètre de l'autre, on ne peut faire arriver ces deux instruments au contact. On peut donc conclure que le corps de l'utérus doit être double comme le col et le vagin.

Le palper abdominal, à cause de la rigidité et de l'épaisseur des parois abdominales, ne fournit aucun renseignement. Le toucher rectal permet de constater que les deux cols sont séparés par un sillon, mais on ne peut suivre plus loin pour se rendre compte de la disposition du corps de l'utérus. Je regrette d'avoir oublié d'introduire pendant ce temps une sonde dans la vessie, ce qui eût permis de délimiter plus nettement le corps de l'utérus.

Cette malade connaissait très-bien cette disposition spéciale et avouait avoir eu des rapports sexuels par les deux vagins, mais plus souvent à gauche qu'à droite, parce qu'ils étaient plus faciles de ce côté. Pendant son séjour à Lourcine, qui s'est prolongé jusqu'au 22 mars 1862, à cause d'une affection intercurrente (ictère à la suite d'un accès de colère), j'ai eu l'occasion d'examiner la malade pendant l'époque menstruelle, et j'ai pu constater que le sang provenait simultanément et également de l'un et l'autre col.

L'écoulement de sang par un des deux cols utérins seulement a été observé par Andrieux (1).

La menstruation à des époques différentes pour les deux utérus a été observée par Godard (2) : l'une était souvent en retard sur l'autre; l'écoulement menstruel toutes les quatre à six semaines l'a été par Oldham (3), Hohl (4), Mavel (5).

(1) *Annales d'obstétrique*, oct. 1843, p. 415.
(2) *Gaz. hebd.*, 1856, p. 484.
(3) *Guy's Hosp. Reports*, t. VI, 1849, p. 351.
(4) *Deutsche Klinik*, 1853, t. V, n° 1.
(5) *Gaz. des hôpit.*, 1852, n° 10.

Il peut enfin survenir dans les cas d'utérus double un accident sur lequel nous voulons tout de suite attirer l'attention, mais sur lequel nous devrons revenir avec plus de détail, à propos des vices de conformation du vagin, c'est l'existence d'une oblitération d'un des côtés du conduit vulvo-utérin, oblitération qui peut être et a été méconnue.

Dans le cas publié par Decès (1), la rétention des règles dans un des utérus amena l'agglomération du sang menstruel, la rupture dans l'abdomen de la corne en quelque sorte surnuméraire, et une péritonite mortelle.

Dans un autre fait publié par Leroy (2), il y avait occlusion du col utérin droit, rétention du flux menstruel et formation d'une tumeur qui montait jusqu'à l'ombilic et simulait une grossesse.

II. DE LA FÉCONDATION ET DE LA GROSSESSE.

Les exemples que nous avons donnés plus haut de grossesses nombreuses survenues même chez des femmes n'ayant qu'un utérus unicorne, permettraient déjà d'avancer à priori que la stérilité n'est pas la conséquence immédiate de la bifidité ou du doublement de l'utérus. Les exemples de grossesse, malgré l'existence des divers vices de conformation dont nous nous sommes occupé, sont tellement nombreux, qu'il nous sera permis de ne pas même les énumérer : le livre si complet de Kussmaul, consacré surtout à l'étude de cette partie du sujet, n'en renferme pas moins de soixante-quinze exemples. Ceux qui se trouvent consignés

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, juillet 1854.
(2) *Journ. des connaiss. méd.*, févr. 1835.

dans les publications françaises suffisent déjà pour établir assez complétement l'histoire de la grossesse dans les cas d'utérus double.

La lecture des observations suffira pour établir la fréquence de la fécondité des femmes atteintes de ce vice de conformation ; il nous suffira de citer l'exemple de la malade d'A. Bérard, qu'il observa à la Salpêtrière, et dont nous avons déjà parlé, laquelle avait eu dix-sept enfants.

Grossesse simple. — La grossesse simple est, comme on le comprend facilement, beaucoup plus fréquente, malgré le double utérus, que la grossesse gémellaire.

Cependant il est des cas où, malgré la facilité de la conception, la grossesse n'a jamais pu arriver à terme ; c'est ainsi qu'une femme, citée par Bagard (1), eut quatorze grossesses, toutes suivies d'avortement.

Il est curieux de voir, dans ces cas, ce que devient la corne vide. Or, cette corne participe au travail d'hypertrophie physiologique de la moitié de l'organe chargé du produit de la conception. Ce fait pourrait servir d'argument contre l'idée de la séparation constante et absolue des fonctions des deux utérus sous le rapport de la menstruation.

Un grand nombre de faits ont montré le développement de la moitié utérine vide, sous l'influence d'une grossesse développée dans l'autre moitié ; nous nous contenterons de citer les deux observations suivantes. L'une, qui appartient à Depaul (2), parce qu'elle est des plus probantes et que la pièce anatomique est conservée au musée Dupuytren ; l'autre (3), parce qu'on paraît avoir constaté que le travail hypertrophique, portant sur la muqueuse comme sur la

(1) *Observ. anat. sur une double matrice.* Nancy, 1752.

(2) *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1853.

(3) *Lancet*, 1843-1844, t. I, p. 198.

musculeuse, avait eu pour résultat la formation d'une caduque.

a. M. Depaul présente les organes génitaux d'une femme chez laquelle il avait constaté il y a huit ans l'existence de deux vagins inégaux en largeur. Cette femme est venue accoucher à la Clinique, où elle a succombé à des accidents graves. L'enfant fut trouvé dans le péritoine ; la paroi antérieure de l'utérus est largement déchirée à son union avec le vagin, qui présente deux ouvertures latérales séparées par une cloison médiane, laquelle en arrière n'arrive pas jusqu'au col utérin. Il y a donc deux vagins; le col de l'utérus correspond au plus petit de ces canaux. Il y a deux utérus : l'un gros et développé, ayant en dehors une trompe et un ovaire ; l'autre, plus petit, mais modifié cependant, et ayant aussi une trompe et un ovaire. La séparation des deux utérus est complète jusqu'au-dessous de l'orifice interne du col.

b. Femme de trente ans, d'apparence robuste ; le vagin se divise en deux branches à deux pouces de profondeur. Le canal postérieur conduisait dans une cavité close. Le canal antérieur était si long, que le doigt ne pouvait pas arriver au col de l'utérus. Le fœtus était placé très-haut dans le bassin. L'enfant vint au jour vivant. La mère cependant mourut d'une péritonite quatre jours après ; à l'autopsie on trouva l'utérus complétement divisé en deux branches par une membrane interne. Le fœtus était logé dans la cavité gauche, mais la cavité droite avait été dilatée aussi, et s'était tapissée d'une caduque pendant la grossesse.

Grossesse dans la corne utérine atrophiée. — Il arrive assez fréquemment, dans les cas de matrice double, qu'une des cornes est plus petite que l'autre ; or, il peut se faire que l'ovule venant de l'ovaire correspondant à la corne la plus petite, l'embryon se développera alors dans un organe qui se prête peu à un travail de dilatation vitale.

Le résultat a été fréquemment la rupture du lobe utérin, l'expulsion du fœtus dans l'abdomen et une mort rapide.

Nous avons déjà cité l'observation de Canestrini ; Dionis (1) en rapporte un exemple remarquable :

La malade était âgée de vingt ans ; elle douta quelque temps de sa grossesse, parce qu'elle avait ses ordinaires, mais non pas en si grande quantité. Le 5 juin 1681, elle fut surprise d'une grande douleur dans le ventre qui dura trois ou quatre heures ; trois ou quatre jours après elle mourut subitement, et un chirurgien qui avait été appelé lui fit l'opération césarienne pour tâcher de sauver ou d'ondoyer l'enfant.

Le fait de Dionis eut, à ce qu'il paraît, un grand retentissement, car l'auteur ajoute à son récit ces détails, qu'on nous pardonnera de rapporter (2) :

« Le lendemain, la reine (femme de Louis XIV) me commanda de lui porter cette matrice : Sa Majesté eut assez de curiosité pour l'examiner assez longtemps ; M. Daquin et M. Fagon lui en dirent leur sentiment, aussi bien qu'à Madame et à quelques autres dames de la première qualité.

» L'après-midi, un valet de pied vint me dire, de la part de la reine, de la lui reporter. Elle était dans son cabinet, accompagnée d'une seule dame : Sa Majesté n'a pas les mêmes répugnances qu'ont toutes les femmes pour les dé-

(1) *Histoire d'une matrice extraordinaire*, 1693.

(2) Nous avons cru pouvoir ne pas laisser échapper ce détail, que nous devons au hasard des recherches bibliographiques, parce qu'il présente un petit intérêt littéraire, en nous montrant qu'en faisant offrir par Thomas Diafoirus à Angélique la distraction de la dissection d'une femme, Molière ne prêtait pas à son personnage, comme on l'a dit souvent, une plaisanterie ridicule et de mauvais goût, mais lançait sans doute, contre un travers de son époque, un trait de satire qui peut-être portait très-haut.

monstrations anatomiques ; j'ai eu *l'honneur de lui en faire assez souvent sur plusieurs et différentes parties d'animaux.* »

Le fait suivant, publié par Vassal (1), a ceci de remarquable, que la femme avait eu auparavant onze enfants ; mais il a été diversement interprété, et quelques auteurs n'ont voulu y voir qu'une grossesse tubaire; l'insertion du ligament rond sur le kyste fœtal pourrait peut-être faire pencher vers cette interprétation.

Le 6 janvier 1669, M. Benoît Vassal, chirurgien, fit l'autopsie d'une femme de trente-deux ans, d'une constitution sanguine et d'un port masculin. Les deux matrices, par une singulière bizarrerie de la nature, étaient si bien disposées, que la véritable avait conçu onze enfants, sept garçons et quatre filles, tous nés au temps voulu, et parfaitement bien conformés; mais ils furent à la fin suivis d'un frère, encore à l'état de fœtus, qui fut conçu dans l'utérus adjoint. Le lieu était si peu capable de distension, que cherchant de la place, après avoir amené chez la mère pendant deux mois et demi des symptômes graves, il finit, à l'âge de trois ou quatre mois, à rompre sa prison, mais ce fut pour trouver sa tombe dans celle de sa mère : un grand épanchement sanguin se fit dans l'abdomen, qui causa à la mère de si violentes convulsions, qu'elle en mourut il y a trois jours.

Grossesse double simultanée. — La grossesse double simultanée, c'est-à-dire le développement d'un fœtus dans chacune des moitiés de l'utérus, a été observée plusieurs fois ; elle n'a rien qui doive surprendre, mais elle montre que, dans les cas ordinaires de grossesse gémellaire, les deux ovules peuvent venir de chacun des ovaires et non

(1) *Phil. Trans.*, 1669, p. 969.

d'un seul. La première observation est due à Geiss (1), la seconde à Graily Hewit (2) :

a. L. B..., âgée de trente ans, d'une constitution robuste, était restée en travail pendant deux jours, lorsque le docteur Geiss, qui rapporte le cas, fut appelé. Il remarqua que les douleurs étaient limitées au côté droit, dans lequel l'utérus remontait presque jusqu'aux vraies côtes, tandis que du côté gauche il ne montait pas plus haut que le nombril. Les organes génitaux externes étaient régulièrement conformés ; il y avait présentation de l'épaule ; la version fut faite et un enfant bien portant du sexe féminin vint au monde. Peu après la délivrance, le côté droit de l'abdomen était revenu sur lui-même, tandis que le côté gauche conservait son volume. Une heure après la naissance de cet enfant, les douleurs du travail recommencèrent, et l'on trouva à l'examen que, sur le côté du col de l'utérus et complétement distinct de lui, il existait une ouverture circulaire, à travers laquelle proéminaient les membranes d'un autre enfant. C'était un garçon arrivé à terme. Après sa naissance, le docteur Geiss ayant introduit la main dans la cavité gauche, se convainquit qu'elle n'avait pas communication avec la partie droite de l'utérus, qui s'était contractée auparavant. L'utérus gauche se contracta plus lentement, et la patiente perdit beaucoup plus de sang. Deux mois après, les deux enfants, aussi bien portants que leur mère, étaient en parfaite santé. Deux ans après, elle accoucha de nouveau, mais d'un seul enfant.

b. M. Grace fut appelé par son père pour voir une malade âgée de trente-six ans, en travail pour la quatrième fois. Deux fois auparavant elle avait accouché prématurément ; le troisième enfant ne vécut pas. Lorsque M. Grace la vit pour la première fois, elle était en travail depuis quinze heures ; la poche des eaux était rompue. A l'examen, on trouva la présentation d'une main dans le vagin ; le

(1) *Lancet*, 1828-29, p. 423.
(2) *Ib.*, 1862, vol. I, p. 666.

col était à demi dilaté, mais derrière celui-ci on découvrit un autre col avec une présentation de tête. La cloison qui séparait ces deux ouvertures avait un pouce et demi d'épaisseur, et s'étendait aussi haut que le doigt pouvait atteindre. Le col antérieur fut dilaté, la version opérée et la délivrance effectuée. Le placenta suivit alors. L'enfant était mort et âgé d'environ sept mois. Le col postérieur fut bientôt dilaté; la version opérée, on vit sortir un enfant vivant, qui ne vécut que quelques heures. Le placenta du second enfant fut expulsé sans difficulté. Les deux enfants étaient du sexe féminin, et d'un même développement. La malade revint à la santé sans hémorrhagies ni autres complications.

L'*accouchement* dans les cas d'utérus double se fait le plus ordinairement sans le moindre accident, cependant il n'en est pas toujours ainsi, deux observations des plus intéressantes nous serviront à le montrer.

La situation vicieuse de la corne utérine dans laquelle s'est développée le fœtus rend quelquefois l'accouchement impossible. Ainsi, quand la matrice est composée de deux lobes horizontaux isolés l'un de l'autre, et dont les cavités se réunissent à celles de leurs cols sous un angle droit, l'expulsion du fœtus peut s'accompagner de la déchirure de la cloison sur laquelle a porté l'effort. C'est à cette cause qu'était due la mort de la femme observée par West et Ollivier (1). C'est probablement aussi à cette cause que l'on pourrait attribuer la rupture de l'utérus observée par Depaul (2), bien que l'époque à laquelle a eu lieu la rupture puisse faire croire à un autre mécanisme qui serait peut-être la déchirure d'une paroi trop peu épaisse sous l'influence des premières contractions de l'organe.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. VIII, p. 215.
(2) *Mém. de la Soc. de biologie*, 1853, t. V, p. 270.

Anne N..., âgée de trente ans, avait eu quatre enfants, dont deux seulement venus vivants ; le premier accouchement fut très-laborieux, avec convulsions et délire, il fut terminé par le forceps l'enfant vint mort.

Les trois autres accouchements eurent lieu chacun après des douleurs assez prolongées, sans phénomènes remarquables.

La santé de cette femme était très-bonne, lorsqu'elle devint enceinte pour la cinquième fois dans le courant de l'année 1824 ; elle ressentit les premières douleurs de l'accouchement dans les derniers jours de décembre 1824.

M. Garnier fut appelé.

Il reconnut par le toucher que la membrane muqueuse du vagin était relâchée et formait des plis saillants près de la vulve ; l'orifice de l'utérus n'était pas dilaté, quoique les douleurs durassent depuis douze heures environ, et il n'éprouvait aucun changement pendant ces mêmes douleurs ; de plus, l'utérus était tellement oblique à droite, que son fond occupait entièrement le côté droit de l'abdomen. Cette obliquité n'avait pas existé dans les grossesses précédentes. On la combattit en vain. Les douleurs durèrent toute la nuit et le lendemain matin, de plus en plus aiguës et rapprochées.

La membrane muqueuse du vagin formait à l'entrée de la vulve un bourrelet saillant de la grosseur du poing, et que l'on ne put parvenir à faire rentrer. Le doigt, introduit dans le fond du vagin, fit reconnaître que l'orifice de l'utérus était entièrement effacé, et très-rapproché de l'entrée du vagin, par la traction qu'exerçait sur ce conduit le bourrelet muqueux dont on vient de parler ; au-dessus de cet orifice, un peu à droite et contre la face interne du pubis, on rencontrait une ouverture transversale, analogue à une boutonnière, à travers laquelle on sentait une poche remplie de fluide ; cette ouverture s'agrandissait à mesure que les douleurs se prononçaient davantage.

Le travail n'avançant pas, M. Garnier perça cette poche, et es eaux s'écoulèrent en assez grande quantité. Après leur évacuation,

les douleurs continuèrent d'exister au même degré. Sur les six heures du soir, la tête étant engagée dans la petite excavation du bassin et la femme se trouvant épuisée, on termina l'accouchement avec le *forceps*, promptement et sans difficulté. L'enfant était mort; la délivrance fut longue à s'effectuer, cependant elle se termina naturellement.

L'écoulement des menstrues ayant cessé tout de suite et des douleurs vives survenant, on vit se manifester tous les symptômes d'une péritonite aiguë, qui enleva la malade en trois jours.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on constata tous les signes d'une péritonite puerpérale, et du côté droit du bassin, derrière le pubis, une tumeur pyriforme, aplatie d'avant en arrière, longue de 6 pouces environ et large de 4, dirigée très-obliquement de dedans en dehors et de bas en haut, occupant tout le côté droit de la cavité pelvienne. Cette tumeur, qu'on reconnut bientôt pour un lobe utérin fixé en avant contre la paroi abdominale correspondante par un ligament rond ou sous-pubien, était libre par son bord interne ; son bord externe donnait attache à un ligament large qui contenait un ovaire surmonté par un pavillon et une trompe qui s'insérait à la partie supérieure du bord.

Cet utérus, dont les parois étaient épaisses, comme on l'observe ordinairement après l'accouchement, offrait dans sa partie inférieure et antérieure près du pubis une déchirure transversale, longue de 3 pouces 1/2, à bords inégaux et ramollis, qui s'ouvrait dans la partie supérieure du vagin.

Du côté gauche de la petite excavation du bassin, il existe un autre lobe utérin, ovoïde, blanchâtre, de 3 pouces environ de longueur sur 2 de largeur, dépassant le niveau du pubis, derrière lequel il est placé, et dirigé obliquement de droite à gauche; mais beaucoup moins oblique que le droit, qui est presque horizontal ; il est aplati aussi d'avant en arrière, libre en dedans et donnant attache par son bord externe à un ligament large portant un ovaire et une trompe; en avant et en bas il est fixé par un ligament sus-pubien.

Ces deux lobes utérins forment par leur réunion derrière la vessie, un angle arrondi, au-dessus duquel passe un repli du péritoine assez large, falciforme, très résistant, qui s'étend de la paroi postérieure de la vessie au rectum, et se continue latéralement avec le péritoine qui revêt chaque utérus.

Ces deux organes, réunis par leur sommet, avaient chacun à l'intérieur un orifice qui s'ouvrait dans un col commun, dont la cavité présentait ainsi deux ouvertures latérales qui correspondaient chacune dans la cavité de chaque lobe.

Le vagin était unique.

Une partie de la vessie était engagée dans la déchirure de l'utérus droit, et était elle-même rompue dans ce point.

Le développement du lobe utérin gauche porte à penser qu'il a contenu le produit de la conception dans les grossesses antérieures, et l'accouchement s'est effectué chaque fois sans accident, parce que la cavité de ce lobe, qui était peu oblique, s'ouvrait presque dans la direction de la cavité du col commun.

D'ailleurs, on n'avait observé jusque-là dans aucune de ces gestations cette grande obliquité de l'utérus à droite, circonstance qui démontre que le lobe utérin droit renfermait un fœtus pour la première fois.

Quant aux suites funestes de ce dernier accouchement, on peut aisément en apprécier les causes en considérant la situation presque horizontale de l'utérus droit, dont la cavité s'abouchait presque à angle droit dans la cavité du col commun, de sorte que les efforts de contraction poussaient la tête, non pas en bas dans la direction du vagin, mais bien latéralement à gauche et un peu en avant. Il est résulté de cette direction vicieuse que la tête, en s'engageant au travers de l'orifice qui s'ouvrait dans la cavité du col commun, en a successivement aminci la partie antérieure en la pressant contre le pubis, et a donné lieu consécutivement à la déchirure qui livre passage au fœtus.

Il existait encore une autre circonstance qui a sans doute contribué beaucoup à la rupture de cette portion du lobe utérin, c'est

que la membrane muqueuse du vagin, très-relâchée à la suite des efforts répétés d'expulsion, avait été insensiblement entraînée au dehors, et formait un énorme bourrelet irréductible à l'entrée de la vulve.

b. J. Bonhomme, âgée de trente-deux ans, est arrivée au huitième mois de sa grossesse. Elle a été réglée à dix-sept ans et demi et a eu des rapports sexuels dès quinze ans et demi. J'avais déjà depuis une huitaine d'années, constaté chez elle l'existence d'un double vagin qui offrait les particularités suivantes :

Dès que l'on a franchi le constricteur de la vulve on pénètre dans un vagin qui est dans l'axe même de cette vulve. A la partie supérieure de ce canal assez large, se trouve un col saillant, conique, recourbé en bec de droite à gauche. A 2 centimètres de l'orifice vulvaire, en suivant exactement la paroi gauche du vagin, on voit un froncement particulier de la muqueuse, et avec quelque peu de tâtonnements on passe sous une espèce de bride tranchante, et l'on s'engage dans un second canal parallèle au précédent et plus étroit que le premier; à sa partie supérieure on sent un corps dur, comme dans l'autre canal, et la partie libre de ce corps; d'où nous sommes amenés à conclure, M. Campbell et moi, qu'il n'y avait qu'un col pour deux vagins.

Le lundi 7 février 1853, cette femme entre dans le service de M. P. Dubois, pour des accidents graves : elle est souffrante depuis le 5 du même mois : frissons, vomissements, diarrhée très-forte, contractions utérines; les douleurs abdominales ne font qu'augmenter. A son arrivée, pouls à 130, visage profondément altéré, ventre d'une sensibilité excessive, diarrhée, anhélation. Les bruits du cœur fœtal n'ont pu être entendus.

Le 8 au soir la malade succombe, des battements du cœur fœtal n'existent pas.

Autopsie après trente-huit heures.

A l'autopsie le cadavre présente de larges ecchymoses violacées, aux fesses, aux lombes, aux organes génitaux externes, à la partie

supérieure et interne des cuisses; ventre volumineux mais de forme régulière.

Cavité abdominale : 1° épanchement considérable d'un liquide rougeâtre, qui semble être un mélange de sang et de liquide amniotique; la quantité peut en être évaluée à 4 litres; le péritoine est enflammé dans presque toute son étendue; 2° rupture de l'utérus vers le côté extérieur droit du col, le fœtus presque entier est poussé dans la cavité péritonéale ; les pieds, jambes et fesses restent seuls dans la cavité utérine. L'enfant présente l'extrémité pelvienne en position sacro-iliaque gauche ; il tient encore par le cordon ombilical, au placenta resté dans l'utérus. Cet enfant présente tous les signes d'une mort remontant à plusieurs jours. Les membranes, rompues au niveau du col et largement au niveau de la rupture utérine, sont renfermées dans l'utérus, ainsi que le placenta qui est décollé et putréfié sans répandre d'odeur.

Les organes génitaux enlevés nous montrent un utérus et un vagin doubles, et une rupture de l'utérus gauche. L'utérus simple à la moitié inférieure de son col se bifurque ensuite. La portion gauche est seule très-développée et présente le volume d'un utérus ordinaire au neuvième mois. Voici ses dimensions :

En longueur... 23 centimètres.
En largeur..... 16 centimètres.
En épaisseur.. 15 à 16 centimètres.

De la partie latérale gauche se détachent un ligament large avec une trompe utérine, un ligament rond et un ovaire, le tout très-ramolli.

De la partie antérieure et latérale droite du col s'élève une poche pyriforme dont le fond est en haut et à droite ; c'est la corne droite de notre utérus bifide ; ses dimensions sont les suivantes :

En longueur... 10 centimètres.
En largeur..... 6 centimètres.
En épaisseur... 5 centimètres.

De son côté latéral droit se détachent l'ovaire, la trompe, le ligament rond et le ligament large, toutes ces parties plus petites que du côté opposé.

Chacune des parties étudiées présente une portion inférieure plus rétrécie qui est la moitié supérieure du col, la moitié inférieure étant commune. Au niveau de la portion commune du col et à l'extrémité supérieure du vagin, on remarque un repli circulaire mince, inégal comme déchiqueté, qui représente les débris du museau de tanche unique et réel. Sur la surface interne de cette partie se trouvent des éraillures et une longue déchirure longitudinale qui comprend toute l'épaisseur de la muqueuse et une partie du tissu propre sous-jacent. Le tissu utérin présente dans la portion gauche et dans le col commun un état de ramollissement très-avancé ; la perforation utérine se trouve sur la face antérieure du col commun, se prolongeant en bas sur la partie supérieure du vagin et remontant au moyen de deux branches sur les deux utérus. La branche gauche a 15 centimètres, la droite 9 centimètres et la supérieure 10 centimètres. Le vagin est double, divisé en deux conduits inégaux, le droit étant plus large ; ils sont tapissés tous les deux d'une muqueuse ferme et polie. La cloison qui les sépare a environ un demi-centimètre d'épaisseur, elle commence à deux centimètres des petites lèvres ; son extrémité inférieure est mince et falciforme, la supérieure épaisse, renflée, à concavité supérieure distante de 2 centimètres environ des débris du museau de tanche, c'est le point de communication des deux vagins. La cloison est composée des deux muqueuses adossées entre lesquelles se trouve une troisième lame composée de tissu propre analogue au tissu dartoïque vaginal.

On a vu quelquefois la rupture du lobe qui partait de l'utérus, survenir comme par ulcération quelques jours après l'accouchement. Dance (1) en a rapporté un exemple dans

(1) *Arch. de méd.*, t. XX, p. 340.

un cas d'avortement avec rétention du placenta ; mais la division anormale du globe utérin n'apporte sous ce rapport aucun changement aux accidents qui peuvent survenir à la suite de l'accouchement dans les cas d'utérus simple.

DE LA SUPERFÉTATION.

La superfétation, c'est-à-dire l'imprégnation d'un second ovule après la fécondation d'un premier germe, est un des problèmes de physiologie et de médecine légale dont la solution est la plus controversée. Nous ne nous arrêterons pas à la question de savoir si cette superfétation est possible dans l'état normal de l'utérus ; nous avons seulement à nous demander si elle est possible lorsqu'il existe une disposition anormale dans la conformation de cet organe.

Cassan, dans sa thèse, se prononce pour l'affirmative. Il croit que dans les cas de doublement ou plutôt de dédoublement complet de l'utérus, la superfétation est possible, et il cite comme exemple les deux cas suivants, que nous rapporterons tout d'abord :

Marquet (1), à l'examen du cadavre d'une femme de quarante-huit ans, trouva une double matrice ressemblant à deux poires renversées, réunies par leur col, et se terminant à un orifice interne commun. Cette femme avait eu quatorze enfants, aucun n'était venu à terme. Après avoir mis au monde deux jumeaux au terme de quatre mois et demi, lesquels n'avaient qu'un placenta, elle accoucha un mois après d'un fœtus de six semaines.

Le second exemple est tiré de la pratique de madame Boivin (2) :

(1) *Traité prat. de l'hydropisie et de la jaunisse.*
(2) Cassan, p. 36.

Une femme de quarante ans, déjà mère d'un premier enfant, accoucha, le 15 mars 1810, d'une petite fille, estimée du poids de quatre livres. L'abdomen conservant son volume, madame Boivin introduisit la main dans l'utérus, en parcourant la cavité sans y rien rencontrer ; pendant deux mois la malade continua à sentir des mouvements dans l'abdomen ; enfin, le 12 mai, elle mit au monde une fille du poids présumé de trois livres, faible, décolorée, respirant à peine. Cette personne, qui depuis fort longtemps ne cohabitait plus avec son mari, assura qu'elle n'avait eu de rapports que trois fois en deux mois avec l'auteur de ce qu'elle appelait son infamie, les 15 et 20 juillet 1809 et le 16 septembre suivant.

Nous avons rencontré dans divers recueils les faits suivants, que nous rapporterons avant d'en apprécier la signification et la portée. Le premier appartient à Billengren (1); il a été rapporté primitivement dans le *Journal de Christiania :*

Prosbtien (G.), femme de quarante ans, a eu déjà plusieurs enfants sans le secours de l'art. Dans sa dernière grossesse, elle eut pendant huit jours des hémorrhagies, et deux jours après, elle accoucha d'un fœtus d'une longueur de trois pouces et demi, et qu'on présuma âgé de trois mois.

En examinant la matrice, on vit qu'elle renfermait encore un enfant. Les douleurs continuèrent, mais on fut obligé pour extraire le deuxième enfant, d'appliquer le forceps. L'enfant vint vivant, mais mourut le même jour; il était bien constitué, bien développé et paraissait avoir sept mois. Chaque fœtus avait son placenta distinct ; on fut obligé d'aller les chercher avec la main, et l'on vit « que la matrice depuis son orifice interne était divisée en deux cavités, dont chacune renfermait un placenta, ce qui ne permit pas de douter que chacune n'ait contenu un fœtus. » On ne put faire

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1842, t. XV, p. 495.

que peu d'observations sur la cloison intermédiaire, elle commençait à l'orifice interne par un bord mousse et peu épais. Le cloisonnement était complet inférieurement ; on ne put s'assurer s'il en était de même au fond de l'utérus.

Taylor (1) rapporte un peu brièvement le fait suivant :

Une femme, six mois après son mariage, accouche d'un fœtus de quatre mois, et quarante semaines après, de deux jumeaux à terme. En l'examinant, on trouve l'utérus et le vagin doubles, chaque vagin avait un orifice séparé.

Nous empruntons à Thielmann (2) l'observation suivante :

Une femme de vingt-cinq ans avait déjà eu antérieurement une grossesse à vingt ans et une seconde à vingt-trois ans. En juillet 1852, elle devint enceinte pour la troisième fois. Les règles parurent encore deux fois après la conception.

Le 26 mars 1853, les premières douleurs apparurent, le lendemain matin, la femme accoucha d'une fille petite et vivante ; les lochies cessent de couler après quelques heures. Huit jours après, elle *sent dans son côté gauche* les mouvements d'un second enfant.

Le 18 mai, c'est-à-dire quarante-deux jours après la naissance du premier enfant, retour des douleurs, et naissance d'une petite-fille. Dès ce moment, le lait qui était insuffisant pour le premier enfant, devint très abondant.

Le fait suivant a été donné par Giuseppe Generali (3) (de Modène) comme un exemple incontestable de superfétation :

(1) *Méd. jurisprudence*, p. 617.
(2) *Med. chir. Review*, oct. 1854.
(3) *Bull. de delle scienze med. di Bologne*, janv. 1848.

Une femme de Modène, pendant quelques années de mariage, avait eu six enfants; en 1816, elle devint une septième fois enceinte; il se déclare alors comme un sillon au niveau de la ligne blanche, ce qui fit croire à une grossesse gémellaire.

Le 15 février 1817, elle mit au jour un enfant vivant, vif et paraissant à terme. Le ventre ne s'affaissa que d'un côté. A la fin, le 14 mars suivant, elle accoucha d'un second enfant. Le professeur Bignardi avait cru pouvoir annoncer l'existence d'un utérus double.

Le 16 septembre 1847, cette femme étant morte d'apoplexie, Generali fit son autopsie. L'utérus, simple et du volume ordinaire dans son col et dans son orifice, devenait double ou bicorne dans son fond; et à chacun des lobes, correspondait l'insertion d'une trompe qui allait vers l'ovaire correspondant.

Cette pièce est conservée au musée anatomique de Bologne.

Quelle déduction peut-on tirer des faits que nous venons de rapporter? Celle-ci d'abord, que dans les cas d'utérus bicorne un fœtus peut être conservé dans un des utérus et y continuer à vivre, tandis que l'autre segment de l'organe se débarrasse prématurément du produit qu'il renferme.

Peuvent-ils entraîner d'une manière absolue la conviction quant à l'existence de la superfétation ou de la surconception? Nous ne le pensons pas. Les adversaires de la superfétation peuvent alléguer pour le cas de madame Boivin, pour celui de Marquet, pour ceux de Generali, de Thielmann, ce qu'on peut toujours opposer : le développement tardif de l'un des embryons; pour le fait de Taylor une grossesse triple; mais on se trouve toujours placé entre deux hypothèses : 1° le développement tardif ou accéléré d'un des germes, la conservation dans l'utérus d'un fœtus mort depuis plus ou moins longtemps; 2° l'indépendance d'action des deux utérus et la superfétation.

Entre ces deux hypothèses et sans nous prononcer d'une

manière absolue, nous nous croyons cependant autorisés à accepter comme réelle la possibilité de la superfétation dans les cas d'*uterus bipartitus*.

DE L'IMPERFORATION DE L'UTÉRUS.

Les vices dans la conformation, que nous avons jusqu'ic passés en revue, ne traduisent que fort rarement leur existence par des accidents de nature à appeler l'attention des malades ou des médecins ; aussi, il n'est pas étonnant qu'ils aient été longtemps et souvent méconnus ; il n'en est pas de même de l'imperforation complète ou incomplète, congénitale ou accidentelle de l'utérus. Les accidents nombreux et redoutables qui se montrent dans ces circonstances devaient forcer en quelque sorte l'attention, et l'on ne saurait s'étonner de les voir mentionnés par presque tous les auteurs qui se sont occupés de thérapeutique chirurgicale.

Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il est peu de traités de chirurgie où l'on ne parle, d'une manière plus ou moins précise, de l'occlusion du conduit utéro-vulvaire ; mais il est souvent difficile de savoir, à la lecture des auteurs, s'ils ont entendu parler de l'occlusion de la vulve et du vagin, ou de l'imperforation du col de l'utérus.

C'est une distinction importante pour l'histoire de l'art, et une particularité que Le Vaillant (1) a bien fait ressortir dans une excellente thèse inaugurale.

Hippocrate, dans son livre *De la nature de la femme*, parle à plusieurs reprises de l'imperforation du col utérin. Il ne saurait y avoir doute à cet égard, car Hippocrate, employant un moyen oublié pendant de longs siècles, le

(1) Le Vaillant, *Essai sur l'imperf. cong. de l'utérus*. Paris, 1846.

cathétérisme de l'utérus, ne pouvait faire la confusion que nous trouvons plus tard dans beaucoup d'auteurs.

Rufus d'Éphèse conseille, dans ces cas d'oblitération, l'incision de la membrane qui ferme l'orifice de cet utérus; Paul d'Égine, Avicenne, parlent également de cet état de l'orifice.

Si nous passons aux auteurs plus modernes (car nous ne saurions avoir la prétention de faire l'historique de cette question), nous voyons A. Paré mentionner également l'occlusion vulvo-utérine; mais dans plusieurs endroits il emploie évidemment le terme de col de la matrice pour désigner la vulve, quand il conseille, dans son chapitre : *Ce qu'il faut faire à l'enfant, subit qu'il est né* (1), de couper « une petite membrane (qui se fait à d'aucuns), » comme aux oreilles, nez, bouche, verge, fondement et » à l'orifice du col de la matrice aux femelles. »

Il paraît encore vouloir désigner le vagin par ce terme : col de la matrice, lorsqu'au chapitre intitulé : *Phimon* (2) il dit : « Si l'empêchement est aucunes fois au col de la matrice, pour la curation, faut que la main du chirurgien y besoigne, en coupant et extirpant ce qui empêche, s'il est possible, y appliquant un pessaire que les Grecs appellent *priaspicum*, semblable à la verge de l'homme. »

Plus loin, enfin, le doute existe encore, bien que A. Paré écrive à propos des femmes imperforées : « Cela leur peut provenir naturellement ou par accident, et peut advenir au commencement de l'orifice du col de la matrice, ou au milieu, ou au profond. Le spéculum en fera foi, et l'apposition des doigts. »

(1) A. Paré, édit. Malgaigne, liv. XVIII, ch. 17.
(2) A. Paré, liv. XVIII, ch. 51.

Fabrice d'Aquapendente (1) relève la confusion qui lui paraît avoir été faite entre la vulve et l'utérus, et s'il conseille l'opération pour l'imperforation du vagin, il est loin de la conseiller pour celle de l'utérus.

« Outre ce, dit-il, montons encore plus haut vers l'orifice interne de la matrice, si nous le trouons pris, ou clos d'une membrane qui empêche la conception, sçachez que c'est un mal incurable, veu que l'instrument tranchant ne peut parvenir si haut sans un danger très-éuident. L'orifice de la matrice, ainsi scellé et glutiné, ne se peut inciser pour la profondeur de la situation ; mais l'orifice de la vulve se voit, et l'on y peut aisément faire incision. »

La gravité que Fabrice d'Aquapendente attribuait aux opérations que conseillerait l'imperforation de l'utérus, devait l'empêcher d'intervenir chirurgicalement, et son opinion fut partagée longtemps par beaucoup de chirurgiens qui tendaient à regarder les plaies de l'utérus, non-seulement comme très graves, mais encore comme constamment mortelles.

Les observations que nous citerons montrent ce qu'il y a de vrai dans l'opinion des auteurs anciens, et quelle peut ou doit être à cet égard l'opinion des auteurs modernes.

Que faut-il entendre par l'oblitération de l'utérus ? Il ne saurait être question ici de cette occlusion en quelque sorte physiologique de l'orifice interne du col, fréquente surtout chez les femmes d'un certain âge. Notre collègue et ami, F. Guyon (2), dans son excellente thèse inaugurale, a donné sur ce point l'état de la science et le résultat de ses nombreuses recherches. Nous n'avons à nous occuper que

(1) Fabrice d'Aquapendente. Lyon, 1648, p. 747.

(2) Guyon, *Sur les cavités de l'utérus à l'état de vacuité*. Paris, 1858.

de l'oblitération congénitale, et, sous le rapport de l'anatomie pathologique, les auteurs ne nous ont, pour ainsi dire, rien appris à cet égard. Cela, du reste, se comprend : cette lésion anatomique, ce vice de conformation n'appelle guère l'attention que dans les circonstances où des accidents de rétention se sont manifestés, et dans les conditions où se trouve l'organe distendu par le sang menstruel retenu, il est difficile de deviner quel devait être d'abord l'état des parties.

Souvent, nous voyons mentionnée l'existence d'une cloison membraneuse qui passe au-devant du col et qui paraît provenir de la muqueuse vaginale ; mais ce n'est plus là qu'une oblitération médiate de l'utérus, et nous n'avons à nous occuper maintenant que des oblitérations essentielles et congénitales de cet organe.

Nous citerons cependant les deux faits suivants :

a. Une femme âgée de cinquante ans, morte d'accident, éprouvait durant sa vie et au moment de l'apparition de ses règles des douleurs vives dans l'abdomen, et l'écoulement, peu abondant, était suppléé en partie par des pertes de sang par le nez et la bouche.

L'autopsie révéla la disposition suivante :

L'orifice intérieur de la matrice était fermé par la membrane qui tapisse intérieurement le vagin, et cette membrane y était aussi adhérente qu'à la superficie du vagin. Elle était seulement percée de deux petits trous d'un quart de ligne de diamètre. Le col de la matrice était deux fois plus long qu'à l'ordinaire et la cavité de l'utérus était très-considérable. L'ouverture des trompes dans la matrice était plus grande qu'à l'état normal (1).

b. Dans une pièce présentée à la Société anatomique, en 1850, par M. Charles Vauthier, et où il existait une arthrite chronique

(1) Littre, *Histoire de l'Acad. des scienc.*, année 1704, p. 27.

sèche de l'articulation de l'épaule, cet observateur a en même temps trouvé un exemple d'imperforation de l'utérus : une membrane mince, transparente, continue circulairement avec la muqueuse du museau de tanche, obstruait complétement l'orifice inférieur du col. En ouvrant l'utérus par son fond, on pouvait s'assurer, à l'aide d'un stylet introduit de haut en bas, que cette membrane fermait entièrement l'orifice. Du reste, l'utérus était très-petit, en tout semblable à l'utérus des femmes du même âge (soixante ans) ; sa cavité revenue sur elle-même était tout à fait vide.

La pièce ayant été examinée par plusieurs membres, M. Barth y a trouvé un petit trou au centre de la membrane qui bouchait l'orifice utérin, et, suivant lui, ce trou devait permettre encore l'écoulement des règles. Mais M. Broca fait remarquer que le trou, eût-il même existé pendant la vie, aurait été insuffisant pour l'écoulement des règles (1).

Les accidents tenant à l'imperforation de la matrice ne se montrent guère qu'au moment de l'établissement de la menstruation.

Les phénomènes de l'évolution spontanée d'un ovule, ceux de l'excitation particulière et physiologique de l'utérus se font sentir, mais l'écoulement sanguin fait absolument défaut. Cependant, l'exhalation sanguine s'opérant à l'intérieur de l'organe, l'utérus se développe, augmente de volume et l'on voit apparaître des accidents : les uns permanents, tenant à l'existence d'une tumeur formée par la matrice dilatée; les autres périodiques, lorsque chaque mois une nouvelle quantité de sang vient s'ajouter à celle qui était déjà retenue.

La vessie et le rectum comprimés amènent de la constipation, du ténesme, une retention d'urine, et quelquefois

(1) *Bullet. Soc. anat.*, 1850.

on a pu croire, malgré toutes les dénégations de la malade, au développement d'une grossesse. Les symptômes de la rétention du flux menstruel frapperont certainement tout médecin prévenu de la possibilité de cet accident. Nous ne pouvons nous étendre sur ce sujet, si bien développé d'ailleurs dans le livre de Bernutz et Goupil (1), et nous nous occuperons surtout des moyens de prévenir ou de guérir les accidents déterminés par ce vice de conformation. Ces accidents sont parfois au-dessus des ressources de l'art et rapidement mortels, car le sang, après avoir distendu l'utérus et même la trompe, peut s'épancher dans le péritoine (de Haen), déterminer plus souvent encore la rupture de la matrice, qui, dans un cas observé par Béclard, s'était vidée dans la vessie, du sang menstruel qu'elle renfermait.

Quels sont les moyens que l'art possède pour remédier aux dangers si graves de l'imperforation de l'utérus? Avant de juger leur valeur, nous devons passer rapidement en revue quelques-unes des observations publiées, se présentant avec des caractères complets d'authenticité. La première est due à Benevoli (2) :

Une jeune fille de dix-huit ans, dont le ventre était très-gonflé par l'accumulation du sang menstruel, fut prise d'une rétention d'urine. L'introduction de la sonde se fit une première fois très-difficilement. Le lendemain, à la suite de tentatives répétées, Benevoli, croyant être arrivé au col de la vessie, poussa la sonde avec orce. Il s'écoula environ 32 litres de liquide couleur lie de vin et l'urine sortit, mais à côté de la sonde. Le vagin n'était pas oblitéré et la sonde avait pénétré dans la cavité de l'utérus. Benevoli dilata avec le doigt l'orifice du col utérin, et obtint, à l'aide d'injections, la guérison en deux mois.

(1) Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, t. I, p. 186.
(2) Boyer, *Malad. chir.*, t. X, p. 452.

Dans le cas de Delpech (1), on ne voyait aucune trace de col ni d'orifice utérin. La malade avait vingt-deux ans et avait commencé à souffrir depuis l'âge de seize ans.

Delpech plaça deux doigts dans le vagin, enfonça dans la tumeur un gros trocart courbe portant à son pavillon une sonde œsophagienne et fit sortir une pinte et demie de liquide.

Vingt jours après l'opération, les règles parurent et coulèrent naturellement. Les renseignements, malheureusement, s'arrêtent assez tôt pour qu'on soit dans le doute sur les suites éloignées de l'opération.

Rathier (2), chirurgien de Langres, eut recours au bistouri ; sa malade succomba :

Une jeune fille de dix-huit ans, après avoir éprouvé des accidents généraux pendant près de deux ans, fut prise d'un gonflement considérable de l'utérus. M. Rathier ayant examiné la malade, reconnut que la matrice était imperforée. Il y enfonça la pointe du lithotome de M. Thomas cachée sous le doigt et dilata un peu. A la suite de l'évacuation de 3 pintes de sang noir la malade mourut d'inflammation. A l'autopsie, on trouva les ovaires à l'état naturel et un caillot de sang noir dans la matrice revenue sur elle-même comme au sixième jour après l'accouchement.

Cabaret (3) (de Saint-Malo) fit en 1842 la même opération avec le bistouri. On ne pouvait, au spéculum, distinguer aucune trace du col. « On voyait seulement une membrane obturatrice légèrement fluctuante, faisant une petite saillie, et qui indiquait de la sorte la place de l'orifice. » Cabaret fit une ponction, plaça pendant quelque temps une sonde à

(1) *Mém. des hôp. du Midi*, 1830, t. II, p. 147.
(2) *Hist. et mém. de la Soc. roy. de méd.*, 1780, p. 249.
(3) Lartigue, *Encyclop. méd.*, t. VI, p. 179.

demeure et semble avoir obtenu une guérison, sinon permanente, au moins d'une durée assez longue.

Amussat (1), chez une malade qu'il soignait avec Récamier, put facilement reconnaître le col, qui présentait même un point où la résistance était moindre ; il fit une ponction avec le bistouri aigu, agrandit l'ouverture avec le bistouri boutonné et tenta de la dilater avec le doigt; mais la malade mourut le troisième jour.

La malade de M. Bécasseau (2) présentait, comme cela arrive quelquefois, des hémorrhagies supplémentaires des règles retenues. Examinant sa malade au spéculum, ce chirurgien trouva au devant du col utérin, qu'elle laissait apercevoir par transparence, une membrane très mince qu'il enleva d'autant plus facilement qu'elle n'adhérait pas au col. Le museau de tanche n'existait qu'à l'état de légère dépression : M. Bécasseau enfonça à ce niveau un trocart qui donna issue à des caillots de sang fétide.

L'ouverture fut maintenue béante au moyen de l'éponge préparée ; le mois suivant, les règles furent régulières et continuèrent depuis sans irrégularité (3).

Dussaussoy (4), chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, cherchant, dans un cas où il soupçonnait une imperforation, à constater la situation de l'utérus, aperçut à droite un sillon oblique de 9 lignes de long, et qui présentait une mollesse particulière. Ayant fait comprimer la tumeur abdominale, il conduisit sur l'index de la main gauche un trocart qui pénétra dans la cavité de la matrice. Avec un bistouri glissé sur la cannelure de la canule, il fit une

(1) Le Vaillant, *thèse*, 1846.

(2) *Ann. des scienc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1842.

(3) *Annal. de la Soc. des scienc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1841.

(4) *Journ. de méd. et de chir.*, 1785, vol. LXV, p. 606.

incision qui comprit la partie latérale gauche et de l'orifice externe de la matrice et de la membrane qui le recouvrait. Puis cette membrane, qui n'était qu'adossée à l'orifice du museau de tanche, fut incisée crucialement. Après avoir éprouvé des accidents de fièvre rémittente putride, la malade sortit, au bout d'un mois, guérie de l'opération ; mais Dussaussoy se borne à espérer la guérison complète de l'aménorrhée.

Hervez de Chégoin (1) plongea dans cette tumeur un trocart dirigé de bas en haut, de droite à gauche. L'ayant enfoncé d'un pouce, il introduisit dans la canule une petite bougie qui servit elle-même à en introduire une plus grosse. Le sang contenu dans la matrice ne s'écoula que lentement, et on laissa une sonde à demeure par laquelle on pratiqua des injections. La malade reprit de l'embonpoint et de la gaieté, et la matrice ne sembla pas plus grosse qu'à l'ordinaire.

Après l'opération, par l'examen avec le spéculum on ne voyait pas de col ; mais un enfoncement entouré d'un bord très rouge. Deux fois, depuis la guérison, le sang a semblé couler comme à l'époque menstruelle.

On peut se demander si ces opérations sur lesquelles nous manquons de renseignements ultérieurs, ont été suivies de guérison ; l'observation suivante va nous montrer avec quelle réserve il faut accepter la réalité des guérisons annoncées.

Chevalier (2), médecin à la Ferté-Milon, opéra vers 1790, par l'incision transverse du col, une femme qui parut guérie pendant cinq ans, mais les accidents reparurent. Une nou-

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1829.

(2) *Journ. de Corvisart, Boyer et Leroux*, 1809, p. 186.

velle opération fut faite suivie de succès, mais on ne peut savoir si le succès se fût maintenu, car deux ans après la malade mourut.

Que doit faire le chirurgien qui se trouve en présence des accidents produits par la rétention menstruelle due à l'imperforation de l'utérus? Heister, Lassus, Boyer, Chelius ne nous donnent guère que des conseils théoriques; Dupuytren (1) repoussait formellement, à une certaine époque du moins, toute opération; M. Velpeau la conseille au contraire.

Il est évident qu'on se trouve ici en présence d'une opération qui, dans des cas donnés, devient une opération de nécessité. Quelles sont les indications à remplir?

1° Éviter la blessure de la vessie, du rectum et du péritoine;

2° Ouvrir au sang souvent épaissi renfermé dans la tumeur une voie facile d'écoulement;

3° Empêcher l'occlusion de l'ouverture pratiquée.

La première indication est, en général, facile à remplir, puisqu'on n'opère que dans les cas où l'utérus est distendu; la seconde ne l'est pas moins, car on peut, sans craindre d'ouvrir le péritoine, pratiquer une ouverture assez large; mais la troisième est au contraire très difficile à réaliser.

L'écoulement des règles n'est que périodique, et l'ouverture a peu de tendance à devenir permanente; il paraît donc utile de la maintenir béante, soit avec une mèche comme Chevalier, soit avec une bougie à demeure comme Hervez, soit avec l'éponge préparée comme Bécasseau; mais nous donnerions la préférence au moyen employé par

(1) *Clin.*, 23 février 1833.

Watmann (1). Ce chirurgien plaça dans la plaie une canule évasée par les deux bouts, assez semblable au double bouton imaginé par Dupuytren pour la grenouillette. Sa malade paraît avoir obtenu une guérison permanente.

Quant à la manière de pratiquer l'ouverture de la tumeur, le bistouri paraît avoir sur le trocart cet avantage qu'on peut tout de suite donner à la plaie l'étendue désirée ; peut-être pourrait-on se servir avec avantage du couteau galvano-caustique.

Nous n'avons pas à nous demander si la grossesse est possible dans le cas d'imperforation de l'utérus. Cependant plusieurs faits ont été publiés sous ce titre. Il est probable, on pourrait dire il est certain, que dans ces circonstances le col, peu apparent à l'état normal et percé d'une petite ouverture, effacé mais non ouvert par le travail de l'accouchement, paraissait faire absolument défaut ; on pourrait invoquer encore l'existence d'antéversions très-prononcées de l'utérus gravide, de telle sorte que le col, porté très en arrière, paraissait ne pas exister. Ces différentes causes d'erreurs ont été signalées, mais nous croyons devoir rapporter l'observation suivante de Butler, publiée (2) en réponse à un fait d'accouchement dans un cas d'imperforation de l'utérus, rapporté par Twedie (3) :

Une femme de dix-neuf ans n'avait jamais été menstruée, on vit, à l'examen, que l'hymen était imperforé ; mais après avoir fait disparaître cet obstacle, on put constater qu'il existait une seconde imperforation à un niveau plus élevé. On fit avec le trocart une ponction dans l'utérus, il s'écoula deux ou trois pintes de liquide

(1) *Gaz. méd.*, 1841, p. 731.

(2) *Lond. med. Gaz.*, 1837, XX, p. 585.

(3) *Guy's hospital reports*, avril 1837.

épais et sanguinolent, et depuis les règles furent régulières. Désirant se marier, la jeune fille vint revoir Butler *qui constata la permanence du petit orifice fait avec le trocart.*

Cinq ans après le mariage, elle devint enceinte et lors de l'accouchement pour éviter une rupture, on fit à l'utérus une incision cruciale, on perfora la tête de l'enfant, mais le travail fut long et difficile.

Un an et demi après, il y eut un nouvel accouchement qui cette fois put se terminer sans incision et sans céphalotripsie avec le forceps seulement, mais l'enfant ne vécut pas.

Enfin, depuis, sans nouvelle opération, la malade a pu accoucher de trois enfants vivants.

Revenant aux idées émises par Hippocrate, les médecins anglais et américains, attribuant à un vice de conformation du col utérin, à son rétrécissement congénital ou acquis, la cause principale de la stérilité, emploient depuis quelques années, souvent avec succès, le cathétérisme et la dilatation permanente du col utérin. Bien que nous ayions rassemblé antérieurement sur ce sujet un grand nombre de matériaux étrangers, nous croyons devoir nous borner à mentionner une question qui ne rentre pas absolument dans le cadre qui nous est indiqué.

VICES DE CONFORMATION DU VAGIN

Les vices de conformation du vagin sont assez fréquents, très fréquents même, si nous y comprenons l'imperforation plus ou moins complète, par les anomalies de la membrane hymen. Plus accessibles à nos moyens d'action, ils ont attiré de bonne heure l'attention des chirurgiens, et la plupart de nos auteurs classiques consacrent à leur étude un chapitre particulier.

Boyer (1) les range sous trois chefs principaux : 1° l'ouverture du vagin dans le rectum ; 2° l'étroitesse congénitale ou accidentelle du conduit vaginal ; 3° son imperforation complète ou incomplète.

Vidal (de Cassis) (2) admet quatre classes : 1° l'ouverture dans un lieu anormal ; 2° l'imperforation ; 3° l'étroitesse ; 4° l'absence du vagin.

Nélaton (3) en ajoute une cinquième : le cloisonnement du conduit vulvo-utérin.

Nous n'avons aucun motif pour repousser la classification de Nélaton, dans laquelle nous pourrons faire rentrer l'histoire de tous les cas dont nous aurons à nous occuper ; mais nous ne ferons pas en même temps l'histoire anatomo-pathologique et thérapeutique des vices de conformation ; nous traiterons, dans un chapitre à part, des moyens de remédier aux divers accidents et aux inconvénients produits par ces déviations de la configuration normale.

(1) Boyer, *Mal. chir.*, t. X, p. 407.
(2) Vidal, *Path. chirur.*, t. V, p. 316.
(3) Nélaton, *Path. chir.*, t. V, p. 806.

1° OUVERTURE DU VAGIN DANS UN LIEU ANORMAL.

Plusieurs difformités doivent être rangées dans cette classe :

A. Le vagin, imperforé ou non, peut s'ouvrir dans le rectum ou communiquer avec lui.

B. Le rectum, imperforé à l'endroit de l'anus, peut s'ouvrir dans le vagin.

C. Le vagin peut s'ouvrir dans l'urèthre ou dans la vessie.

D. La vessie, le rectum et le vagin peuvent communiquer et s'aboucher dans un véritable cloaque.

E. Quelques vices de conformation exceptionnels peuvent se rencontrer, tels que l'ouverture du vagin à la paroi abdominale antérieure.

A. L'ouverture du vagin dans le rectum, ne causant aucune espèce d'incommodité à la malade, peut rester ignorée jusqu'au moment de la menstruation, et quelquefois aussi jusqu'au moment du mariage.

Louis a rendu célèbre le fait suivant (1) :

Une jeune fille avait les organes de la génération cachés par une imperforation qui ne permettait aucune introduction. Cette femme fut réglée par l'anus. Son amant, devenu très pressant..., la supplia de s'unir à elle par la seule voie qui fût praticable. Bientôt elle devint mère. L'accouchement à terme d'un enfant bien conformé eut lieu par l'anus.

Louis rapportait ce cas à la fin de sa thèse ayant pour titre : *De partium externarum generationi inserventium in mulieribus*, etc. — Le parlement rendit un arrêt par le-

(1) Louis, *De partium*, 1754, p. 21.

quel il défendait de soutenir cette thèse ; la Sorbonne interdit Louis à cause de cette question qu'il adressait aux casuistes : *In uxore, sic disposita, uti fas sit, vel non, judicent theologi morales?* Heureusement le pape donna l'absolution à Louis, dont la thèse fut imprimée en 1754.

Le cas de Louis n'est pas le seul ; Barbaut (1) en cite plusieurs autres dans son *Traité d'accouchements.*

Le premier exemple est celui d'une fille imperforée, perdant ses règles par l'anus, et qui accoucha, comme la malade de Petit, en juin 1739, devant Puzos et Grégoire.

Le second accouchement, survenu chez une autre femme dans les mêmes circonstances, eut pour témoins Devigne et Vermont.

Rossi (2) en rapporte encore un exemple dont il avait été témoin ; il avait cru d'abord avoir affaire à une rétention menstruelle, tandis qu'il s'agissait d'une grossesse :

Le professeur Rossi fut appelé pour examiner une femme qui ressentait des douleurs de ventre très intenses, considérées comme des coliques, attendu que cette femme ne présentant pas de traces des organes extérieurs de la génération, ne pouvait croire à une grossesse à terme, quoiqu'elle fût mariée. Le pubis était complétement dépourvu de poils, M. Rossi crut à une rétention de règles, et se décida à pratiquer une incision de trois travers de doigt de longueur dans la direction naturelle de la vulve et du vagin ; le toucher lui fit sentir la poche des eaux qui bientôt se rompit, et l'accouchement eut lieu naturellement par le nouveau passage. Il y eut une métrite légère, et un abcès dans le voisinage de l'incision. Un boyau distendu en place par insufflation, servit à donner à l'ouverture un calibre suffisant, ce qui eut lieu ; la femme est accouchée de nouveau deux ans après.

(1) *Traité d'accouch.*, t. I, p. 59.
(2) *Arch. génér. de méd.*, t. X, 1827.

La conception avait eu lieu par le moyen d'un orifice étroit existant au pourtour de l'anus.

B. L'*ouverture du rectum* imperforé, dans le vagin a été aussi rencontrée plusieurs fois.

Depaul (1) en a montré un cas à la Société anatomique. Le rectum, très-rétréci à la partie inférieure, se termine, à la partie supérieure et latérale du vagin, par une ouverture très-petite, après avoir rampé quelque temps dans les parois à la manière des uretères dans la vessie. — Il existe en même temps chez cet enfant une anomalie de l'utérus : d'un côté, l'angle supérieur se continue avec un appendice qui ressemble parfaitement aux cornes utérines des femelles de quelques animaux ; de l'autre angle part un ligament simple auquel est attachée une autre corne située assez profondément dans le bassin et de laquelle partent le ligament rond, celui de l'ovaire et de la trompe utérine correspondants. Les organes génitaux externes sont bien conformés.

M. Ricord (2) a rapporté l'observation suivante, recueillie sur une jeune femme de vingt-deux ans :

Cette femme ne présente rien d'anormal dans les parties génitales externes ; l'introduction du spéculum est très-facile ; les parties que déplisse son extrémité sont parfaitement saines. Cependant la profondeur à laquelle on parvient sans rencontrer le col utérin étonnait M. Ricord, lorsque tout à coup il met à découvert un bol de matières fécales qui simulait au toucher le museau de tanche, et des pépins de raisin qu'il avait pris pour des végétations. Un examen plus approfondi fit constater entre la commissure postérieure des

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1840, p. 77.

(2) *Gaz. des hôp.*, 1833, p. 412.

grandes lèvres et la saillie du coccyx, l'absence de tout anus ; à la place que devrait occuper cet orifice, se trouve une tache brunâtre de la grandeur d'une pièce de 1 franc, irrégulièrement radiée et dépourvue de poils ; l'anneau vulvaire, situé à la profondeur voulue et dépourvu de caroncules myrtiformes. Au delà de cet anneau, le doigt peut être introduit sans douleur dans un canal qui, par sa position et ses usages, mérite le nom de recto-vaginal.

Le spéculum met à découvert une membrane muqueuse, sur laquelle les rides transversales ordinaires du vagin n'existent pas, et, poussé dans toute sa longueur sans rencontrer la moindre courbure, ni aucune ligne de démarcation qui puisse indiquer un changement de tissus, il n'est arrêté que par des matières fécales. Un doigt placé dans ce canal, tandis qu'une sonde de femme est introduite dans l'urèthre et la vessie, ne sent, entre cet instrument et lui, qu'une épaisseur de tissu comparable à la cloison uréthro-vaginale et vésico-vaginale. Le toucher exercé sur tous les points, et le spéculum introduit à la plus grande profondeur, ne laissent apercevoir aucun vestige de matrice.

Les garderobes se font *volontairement* par la vulve, grâce au sphincter de l'anneau vulvaire ; jamais les règles n'ont paru sous aucune forme ; le coït a pu s'accomplir sans que l'homme qui vit avec cette femme depuis trois ans, se soit jamais aperçu de son vice de conformation.

Cette observation est des plus remarquables. En effet, cette femme pouvait retenir ses matières fécales, à tel point même que la personne qui vivait avec elle depuis trois ans ne s'était pas aperçue de son infirmité. Quelque extraordinaire que paraisse le fait publié par Ricord, il n'est pas isolé. Mon ami et ancien collègue Gibert vient de m'envoyer la relation d'un cas analogue que je transcris tel qu'il me l'a adressée du Havre où il habite :

« Une femme de quarante-huit ans, habitant Montivilliers, vint me consulter pour une diarrhée que rien ne pou-

vait arrêter. Cette diarrhée me parut suspecte, et je voulus faire l'exploration du rectum, *sous les vêtements*. Impossible de trouver l'anus. Un peu confus de ma maladresse, je demandai à la malade de me permettre de pratiquer le toucher *de visu*.

» Quelle ne fut pas ma surprise de ne trouver aucun orifice anal. Les plis de l'anus existaient; mais, en les écartant, je tombai dans un infundibulum sans ouverture profonde.

» Je fis part de ma découverte à la malade, qui me répondit *qu'elle ignorait totalement* cette particularité. J'examinai alors le vagin, et, dans sa paroi postérieure, à 2 ou 3 centimètres de l'orifice vulvaire, j'aperçus une espèce de valvule un peu saillante, sous laquelle il me fut impossible d'introduire le doigt. Je pris une sonde de femme qui pénétra facilement dans le rectum.

» Autour de l'orifice anal anormal, pas de faisceaux musculaires appréciables au toucher; de sorte que je ne comprends guère comment cette femme retenait ses fèces.

» Sur mes questions réitérées, elle me dit avoir bien remarqué qu'autrefois ses selles étaient assez plates et rubanées, mais elle n'avait jamais eu de difficulté pour aller à la selle.

» *Ni elle, ni son mari, ni l'accoucheur* qui l'aida trois fois à mettre au monde ses enfants, ne s'étaient aperçus de ce singulier vice de conformation. »

Saviard, Vallisnieri ont, comme nous l'avons dit plus haut, rencontré des cas où l'utérus s'ouvrait directement dans le rectum.

Champion (de Bar-le-Duc) (1) a vu le vagin ouvert près

(1) *Dict.* en 60 vol., t. LVI, p. 460.

du rectum, de sorte qu'il y avait absence presque complète de périnée.

C. Knight (1) a trouvé, dans un cas, le *vagin terminé en cul de-sac et communiquant avec la vessie.*

H. E., jeune femme d'une bonne constitution, se présente à *Sheffield general Infirmary*, en octobre 1860, dans les circonstances suivantes. Elle déclara que, mariée depuis neuf mois, elle n'avait cohabité avec son mari que pendant les deux derniers ; que le mariage n'avait pas été consommé à proprement parler, et qu'il y avait en elle quelque vice de conformation. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, sans avoir jamais été réglée. Vers l'âge de quatorze ans, elle eut des convulsions qui revenaient à des époques régulières, quelquefois avec un intervalle de six mois. Elle n'avait jamais éprouvé de douleurs lombaires ou abdominales.

Un examen externe fut fait ; les parties externes présentaient l'apparence naturelle. En séparant les grandes lèvres, on trouva les petites lèvres bien conformées, mais il n'y avait pas de méat urinaire. Une petite caroncule de membrane muqueuse, de la grosseur d'un pois environ, et recouverte à sa surface par une membrane préputiale, représentait le clitoris. Le doigt introduit dans le vagin donnait l'état suivant des parties : ce canal, au lieu de conduire à l'utérus, se terminait en cul-de sac, à environ deux pouces de son origine; la membrane muqueuse glissait facilement sur les tissus sous-jacents, et il n'y avait nulle part ni tension, ni plénitude. Dans le vagin se trouvait une membrane ou repli muqueux, formé par sa paroi antérieure, sous laquelle le doigt passait à travers un trajet d'environ un pouce de long, resserré par un sphincter, et il arrivait dans une vaste cavité d'où sortait de l'urine après l'introduction d'un cathéter. En l'examinant par le rectum, après avoir placé un cathéter dans la vessie, à travers l'ouverture urétrale du vagin, on ne pouvait reconnaître les signes d'un utérus ; n'y avait de plénitude ni autour du rectum, ni dans la partie infé-

(1) *New.-Orléans, med. and surg Journ.*, novembre 1860.

rieure de l'addomen. Le diamètre du pourtour du pelvis était un peu plus petit qu'à l'ordinaire, et le périnée avait environ un demi-pouce de long. Les mamelles étaient bien développées, mais la malade affirmait qu'elle n'avait jamais ressenti de désirs sexuels, et que la miction était toujours excitée par le coït. Après une consultation dans laquelle il fut décidé qu'il vallait mieux ne rien tenter par une opération exploratrice, elle quitta l'hôpital au bout de peu de jours.

M. Langenbeck (1) observa chez une fille de dix-neuf ans qui n'avait jamais été réglée l'absence de la cloison vésico-vaginale. « En examinant les organes de la génération, on trouvait l'orifice de l'urèthre situé un pouce plus bas qu'à l'état normal ; l'hymen était semi-lunaire et l'ouverture qu'il présentait pouvait à peine laisser passer une petite sonde. La cloison vésico-vaginale manquait complétement, de sorte que l'urèthre et le vagin formaient un canal unique ; la vessie s'ouvrait directement dans le vagin. Je ne pus trouver trace d'utérus et après perforation de l'hymen il ne s'écoula aucun liquide menstruel. L'urine coulait d'abord involontairement, mais cette incontinence disparut ensuite. »

J. L. Petit (2) avait déjà rapporté des exemples analogues de ce vice de conformation. J'ai vu, dit-il, une fille de l'âge de quatre ans, qui était venue au monde n'ayant ni urèthre, ni nymphe, ni clitoris. Elle avait un vagin assez large, mais n'ayant point d'urèthre, ou du moins la partie de ce canal où se trouve le sphincter manquant, elle rendait involontairement ses urines.

J'en ai vu une autre qui avait tout l'extérieur bien con-

(1) *The Lancet*, 1827-28, vol. XIII, p. 462.
(2) J. L. Petit, t. III, p. 122.

formé, mais elle rendait ses urines à l'entrée du vagin par un trou assez large pour y mettre le petit doigt.

D. La communication du rectum avec la vessie et le vagin a été vue par Sue (1) chez un monstre sur lequel il existait, avec d'autres anomalies, un utérus double.

Velpeau a constaté cette disposition chez une femme qui prétendait que cette fistule était due aux premières approches de son mari ; mais il n'y avait pas seulement fistule, il y avait absence complète de la cloison vésico-vaginale.

E. L'ouverture du vagin au-dessus du pubis, sa communication avec d'autres organes ont été vues quelquefois ; nous en avons cité des exemples à propos de l'*uterus bipartitus diductus.*

L'art peut-il quelque chose dans les vices de conformation dont nous venons de parler? Il n'y a pas d'opération spéciale à tenter. Roux et Casamayor ont essayé de fermer des anus anormaux établis entre le vagin et l'intestin grêle, mais cette communication était accidentelle. Dieffenbach, Saucerotte, Noël ont essayé la suture. Il faut ici traiter les cas opérables comme des fistules vésico-vaginales, vésico-rectales, et l'étendue de la perte de substance rendra quelquefois nécessaires les procédés autoplastiques de Jobert (de Lamballe) (2). S'il y a imperforation de l'anus, on se conduira suivant les préceptes formulés pour une opération dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

CLOISONNEMENT DU VAGIN.

Le cloisonnement du vagin est, comme nous l'avons vu plus haut, l'état presque normal dans les cas de doublement

(1) *Mém. de l'Acad. des scienc.*, 1746, p. 43.
(2) Jobert (de Lamballe), *Chirurg plast.*, 1849, t. II.

de l'utérus ; cependant ce cloisonnement du conduit vaginal, cette existence de deux vagins peut aussi coïncider avec un utérus simple ; la cloison verticale peut n'être qu'incomplète, ne pas aller jusqu'à l'utérus ou ne pas descendre jusqu'à la vulve, n'exister que comme une simple bride ; de là plusieurs conditions que nous allons passer en revue.

1° *Cloisonnement complet. Vagin double.* — Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit en parlant des utérus doubles ; la plupart des observations que nous avons citées sont en même temps des exemples de vagin double. Nous voulons seulement ici attirer l'attention sur quelques particularités de leur histoire.

Quelquefois les deux vagins étant de même largeur, la verge, et dans le cas de maladie, le doigt du chirurgien pénètrent aussi facilement d'un côté que de l'autre ; de là des erreurs de diagnostic assez singuliers.

F. Tiedman (1) raconte qu'il existe, dans le muséum de la Faculté d'Heidelberg, une double matrice pourvue d'un double vagin, provenant d'une femme morte en couches à la Maternité de Mannheim.

A l'accouchement de cette femme, le hasard avait amené deux médecins distingués qui, l'ayant examinée tour à tour, déclarèrent : l'un, que la femme n'était pas enceinte ; l'autre, que le col était effacé et que la tête était engagée. Après force discussion, ils procédèrent à un nouvel examen, et virent que l'un avait pénétré dans le vagin de gauche, l'autre dans celui de droite.

La même chose arriva en 1824 à deux sages-femmes de la Maternité de Paris (2).

(1) *Journ. compl. du Dict.*, t. IV, p. 371.
(2) Cassan, *th. citée*, p. 27.

Boys de Loury et Richet ont eu à traiter deux prostituées portant un double vagin, et qui, par une singulière aberration du sens moral, croyaient faire, à leur manière, acte de fidélité matérielle envers leurs amants, en leur réservant le privilége exclusif d'un de leurs deux conduits vaginaux, et en consacrant l'autre à un usage plus général.

L'erreur qui consiste à croire à l'existence, dans ces cas, d'un seul vagin est quelquefois d'autant plus facile à commettre que l'un des vagins est très-ample, tandis que l'autre est étroit.

Le professeur Thomas (de Leyde) (1) a rencontré cette disproportion. M. Rossignol (2) a rencontré une disposition semblable sur une prostituée de Saint-Lazare.

Cette disposition peut quelquefois être méconnue, et l'observation suivante, dont je dois la communication à mon ami et ancien collègue Martellière, me paraît mériter d'être rapportée textuellement.

Une femme de vingt-huit ans, de taille élevée, de constitution vigoureuse, vint, au mois de janvier 1856, réclamer mes soins pour un écoulement blennorrhagique dont elle était atteinte depuis sept mois.

Elle était entrée au mois d'octobre de l'année précédente dans un des services de Lourcine, et après un séjour de six semaines, en avait été renvoyée comme guérie. Au moment de sa sortie elle avait encore, dit-elle, un écoulement qui, dans l'espace de deux ou trois semaines, revint au point où il était avant son admission à l'hôpital. Le même état persistait malgré divers autres traitements, lorsque la malade vint me consulter.

(1) Schmidt, t. LXVII, p. 324.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1856, p. 142.

Je constatai une blennorrhagie vaginale, avec écoulement mucoso-purulent.

L'introduction du spéculum était douloureuse, le cul-de-sac du vagin étroit, le col utérin petit, difficile à saisir ; je pus néanmoins reconnaître qu'il n'y avait pas de catarrhe blennorrhagique du col et pas de granulations sur le vagin. Des cautérisations avec une solution concentrée de nitrate d'argent modifièrent rapidement la vaginite, et la semaine après, la muqueuse étant redevenue pâle, l'intérieur du vagin exempt de sécrétion, je vis avec surprise les parties génitales souillées d'un écoulement semblable à celui des premiers jours. En déplissant la vulve, je découvris que la matière purulente sortait en dedans de la petite lèvre droite par une surface arrondie qui ne pouvait pas admettre le petit doigt ; mais dans lequel je fis pénétrer une sonde de femme qu'on engagea de toute sa longueur. En introduisant un doigt dans le vagin, on sentait, à travers une cloison épaisse, la sonde, mobile dans une cavité assez large, et en repoussant en dedans cette cloison on reconnaissait que cette cavité supplémentaire était fermée en avant par un repli muqueux très-mince. Ainsi, il y avait chez cette femme deux vagins séparés par une cloison médiane ; le vagin droit était encore pourvu de son hymen, le gauche, le seul ayant servi jusqu'alors aux rapports sexuels, avait reçu une blennorrhagie qui gagna ensuite le côté droit ; et, lorsque le premier eut été guéri par un traitement convenable, il fut contaminé de nouveau par le pus que le second tenait en réserve. La cause des récidives connue, il importait de traiter à la fois la blennorrhagie dans ses deux compartiments. Je commençai par inciser l'hymen, puis quelques jours après, avec un spéculum poussé jusqu'au milieu de la longueur du vagin je portai une solution caustique sur la muqueuse enflammée. Après plusieurs cautérisations je pus explorer toute la cavité vaginale et le col utérin. La guérison fut obtenue et cette fois définitive. La cloison intra-vaginale commençait par un bord épais, frangé, étendu du méat à la fourchette; elle avait au moins l'épaisseur de la cloison uréthro-vaginale et allait en s'amincissant vers les parties profondes, de

manière à s'insérer sur le col utérin par un simple repli membraneux. Charnue et probablement érectile, elle était parcourue dans sa longueur par une artériole dont les battements étaient facilement perçus.

Les deux vagins, même le gauche, étaient fort étroits, aussi les rapports sexuels avaient-ils toujours été douloureux.

La portion du col utérin, visible de chaque côté, était petite, l'orifice du col était situé près de l'insertion de la cloison. Les deux orifices distants d'un centimètre environ étaient perméables tous les deux à une bougie de petite dimension.

La menstruation n'avait jamais rien présenté de particulier. Depuis que la femme connaît le vice de conformation dont elle est atteinte, elle a remarqué que le sang des règles sort par les deux vagins, soit simultanément soit successivement, en commençant d'un côté ou de l'autre ; en l'examinant à plusieurs époques menstruelles, j'ai pu contrôler l'exactitude de son observation. Mariée depuis quatre ans elle n'a jamais eu de grossesse.

J'ai plusieurs fois songé à remédier par une opération au vice de conformation du vagin. La texture vasculaire de la cloison m'éloignait de l'idée d'avoir recours à l'excision à l'aide de l'instrument tranchant; j'aurais préféré en déterminer la mortification en appliquant sur ses bords, le long des parois du vagin, deux pinces de Breschet ou un instrument analogue, mais la femme ne se souciait nullement de subir une opération, et elle se tint pour satisfaite d'être délivrée de sa blennorrhagie.

L'utérus, malgré le cloisonnement du vagin, peut être unique; ce cas paraît être fort rare, car nous n'en connaissons qu'une observation, qui appartient à M. Maunoir (1) (de Genève). La lecture de cette observation montrera tout l'intérêt qu'elle présente.

(1) *Recueil des trav. de la Soc. méd. de Genève*, t. I, p. 296.

Il s'agit, dans ce cas, d'une dame âgée de trente-neuf ans, grande, bien colorée, d'une excellente santé, régulièrement menstruée, ayant des sœurs mères de plusieurs enfants.

Mariée depuis quelques années, elle n'avait jamais eu de grossesse.

Il y avait déjà longtemps qu'elle avait consulté les gens de l'art; elle avait même fait, sans aucun résultat, une cure aux bains de Baden, en Argovie.

Quand elle vint à moi, je lui dis qu'elle devait se soumettre à être examinée, chose à quoi elle eut assez de peine à consentir, cette proposition étant toute nouvelle pour elle; néanmoins elle y accéda.

Le toucher ne me révéla rien de particulier, sinon que je trouvai le museau de tanche fort petit, et que je ne pus pas sentir l'orifice du col, ce qui m'étonna beaucoup, cette dame n'ayant jamais eu de grossesse.

Je procédai à l'examen au moyen du spéculum. Je me servis d'abord du spéculum à quatre valves, qui fut introduit sans la moindre difficulté. Mais, ce qui me parut fort étrange, ce fut de ne voir sur le col, qui était petit, arrondi, peu saillant et de couleur tout à fait naturelle, pas le plus léger pertuis pour communiquer avec l'intérieur de l'utérus; c'était à ce qu'il semblait un col sans orifice.

Cette dame me répéta que les époques étaient fort régulières, même assez abondantes. Je remis un second examen au moment des menstrues. Je réintroduisis le même spéculum à quatre valves; j'arrive sur le col et je le vois teint de sang que l'instrument avait sans doute poussé devant lui; j'essuie avec soin, mais je ne trouve pas plus d'orifice utérin que la première fois.

L'écoulement menstruel se faisait-il par les parois vaginales? Je pensai qu'il serait peut-être un peu plus facile de le constater en employant pour cela le spéculum ordinaire quasi-cylindrique et sans y mettre d'embout; mais dans cette tentative je fus arrêté très-près de la vulve par une résistance insolite, et quel fut mon étonnement en regardant au fond du tube avec la bougie, de voir que

cette résistance était due à un cloison verticale, que la distension de la vulve et du commencement du vagin par un instrument plus gros que l'autre, avait forcée à venir se présenter à la vue.

Étant mis sur la voie, j'examinai toute cette anomalie par le toucher, et je trouvai une cloison membraneuse, de l'épaisseur d'un cuir mince, d'une longueur de 12 à 15 lignes, allant s'implanter sur le col, divisant ainsi tout le canal vaginal en deux moitiés sensiblement égales et parfaitement séparées.

Je repris alors le spéculum, au fond du vagin droit je trouvai un demi-col en tout semblable à celui que j'avais vu de l'autre côté; avec la seule différence que l'orifice utérin y était parfaitemen visible, tout près du milieu de la cloison anormale, arrondi comme il devait l'être, mais assez grand pour que j'aie pu plus tard, et à plusieurs reprises, y introduire profondément une sonde élastique du volume d'un petit crayon.

Dès lors tout s'expliquait, et comme dans mon premier examen mon doigt indicateur et le spéculum à quatre valves n'avaient jamais manqué de pénétrer dans le demi-vagin gauche, du côté où l'orifice utérin n'existait pas, il est plus que probable, il est pour moi démontré que les rapports sexuels avaient toujours eu lieu de ce même côté, c'est-à-dire avec impossibilité matérielle de fécondation.

La conduite à tenir n'était pas douteuse.

Il fallait couper cette cloison, et réunissant ainsi en un seul les deux demi-vagins, donner aux rapprochements sexuels la possibilité d'être féconds.

Rien n'était plus facile.

J'enlevai les valves supérieure et inférieure du spéculum à quatre valves; j'engageai la cloison vaginale médiane dans le vide ainsi fait à l'instrument, que je poussai ensuite jusqu'au col utérin ; il tenait ainsi bien tendue la membrane à couper, petite opération que j'exécutai au moyen d'une paire de longs ciseaux, et en n'occasionnant qu'une très faible perte de sang.

Mais auparavant j'usai d'une précaution, ce fut d'introduire au

fond de l'un des demi-vagins une sorte de petite flamme ou lancette portée à angle droit sur une longue tige de fer, de manière à couper transversalement et au ras du col, la membrane qui s'y implantait ; je craignais, en ne faisant qu'une longue incision dans cette membrane, de laisser en haut quelque lambeau flottant qui, adhérant au col tout près de l'orifice, pût s'y introduire dans un moment inopportun et servir de bouchon.

Cet inconvénient était ainsi complétement évité ; une mèche fut introduite dans ce vagin après l'opération dont les suites furent parfaitement simples ; les deux moitiés de la cloison se rétractèrent de manière à ne plus former que deux raphés un peu saillants.

Après la cicatrisation, je fis pénétrer dans l'intérieur du col utérin, d'abord une petite sonde molle, puis des morceaux de racine de gentiane, de manière à établir un libre passage.

Il y a de cela deux ans ou un peu plus.

Cette dame est-elle dès lors devenue enceinte? C'est ce que j'ignore, attendu l'éloignement de son domicile.

Il existe une variété fort rare dans ces vices de conformation par cloisonnement, c'est celle où un double utérus communique avec deux vagins ; mais de ces deux vagins, l'un s'ouvre directement à l'extérieur, l'autre est imperforé à son extrémité vulvaire. On conçoit, dans ces cas, la possibilité de la rétention des règles d'un côté, mais on conçoit encore mieux toutes les difficultés qui viendront entourer le diagnostic et le rendre presque impossible ; aussi n'est-il pas étonnant que, dans l'observation suivante de Decès (1), observation unique jusqu'à présent, l'état des choses n'ait été reconnu qu'à l'autopsie.

La nommé X..., âgée de seize ans, lingère, est entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Jeanne, n° 33, le 16 mai 1854.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1854.

Cette femme, d'une forte constitution, est réglée depuis un an environ. Toutefois la menstruation s'est difficilement établie, et à chaque époque la malade ressent des douleurs très-vives dans les lombes, ainsi qu'au niveau de la symphyse pubienne, en même temps qu'une sensation de chaleur très-incommode vers l'utérus; les règles sont très-peu abondantes et ne durent en général qu'un jour et demi à deux jours. Il y a huit mois, la malade s'est aperçue qu'une tumeur légèrement mobile se développait dans la région iliaque gauche.

Cette tumeur est du volume du poing, à peine douloureuse à la pression; on peut constater par le toucher rectal qu'elle se prolonge entre le rectum et le vagin. Bientôt la fluctuation fut perçue à travers les parois abdominales, on ponctionna par le vagin, il ne s'écoula qu'une petite quantité d'un liquide brun chocolat, épais, ayant toute l'apparence de sang décomposé. Des symptômes de péritonite suraiguë se manifestèrent le soir même de la ponction et emportèrent la malade en trois jours.

Autopsie. — Peu de traces de péritonite. La cavité péritonéale renferme cependant environ 200 grammes d'un liquide semblable à celui qui, pendant la vie, s'écoulait par l'ouverture de la ponction, mais moins épais. Ce liquide provient d'une poche située dans le flanc gauche, munie de parois molles, peu épaisses, et de cloisons plus ou moins complètes. La consistance des parois du kyste est à peu près celle du placenta.

Le vagin, fendu suivant toute sa longueur, présente un aspect normal. A sa partie inférieure et gauche se trouve l'ouverture faite par le trocart explorateur, ouverture qui semble s'être un peu agrandie. L'utérus est plus petit qu'à l'état normal, sa couleur et sa consistance n'ont rien de particulier. A droite se trouvent la trompe et l'ovaire, mais à gauche l'utérus est recouvert par le péritoine jusque près du col, sans aucune trace de trompe ni d'ovaire. Le péritoine se réfléchit de là en avant sur la vessie, et à gauche sur un second utérus avec lequel il n'a d'autre communication qu'une continuité de tissu.

Ce second utérus, plus volumineux, est situé à gauche du premier, entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Sa forme est celle de l'utérus normal; son grand axe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Fendu dans sa longueur, il présente le même liquide que le kyste, mais en très-petite quantité. Le côté droit de son corps est complétement recouvert par le péritoine. On n'y voit ni solution de continuité, ni trace de trompe ou d'ovaire. A la réunion du bord supérieur avec le bord gauche se trouve une ouverture ronde en tout semblable à l'ouverture élargie d'une trompe. En insufflant de l'air par cette ouverture, on voit l'air arriver dans le kyste dont nous avons parlé à travers un conduit dont l'aspect ne diffère pas de celui de la trompe du côté opposé. Seulement ce conduit, en arrivant au kyste, s'élargit en entonnoir, ses parois deviennent plus épaisses près de l'endroit où, prenant tout à coup un développement plus considérable, il formait cette poche dont nous avons parlé, poche qui semble constituée par le pavillon de la trompe, et qui a contracté des adhérences nombreuses et anciennes avec les organes environnants et notamment avec le rectum. Au-dessous et en dedans du kyste se trouve un corps blanchâtre ovoïde, présentant les caractères de l'ovaire.

En bas, l'utérus s'ouvre par un col plus large et moins haut qu'à l'état normal, dans un vagin très dilaté, vagin qui se termine en cul-de-sac, un peu au-dessous du point où a été pratiquée la ponction exploratrice. Le vagin est en rapport en avant avec la vessie, en arrière avec le rectum, et à droite avec le vagin droit, derrière lequel il se prolonge encore. Du reste, en aucun point l'utérus et le vagin droits ne communiquent avec l'utérus et le vagin gauches. Les cavités en sont distinctes et indépendantes. Tandis que les règles s'écoulaient normalement par l'utérus et le vagin droits, il s'accumulait dans l'utérus et le vagin gauches un sang qui s'altérait et formait le liquide dont nous avons parlé. Après la mort, le vagin gauche ne contenait presque plus de liquide.

Les deux vagins, dans les cas qui coïncident avec un

utérus double, sont parfois d'une dimension très-inégale, et si l'on examine l'état des parties, il semble que l'un se termine en cul-de-sac, tandis que l'autre aboutit aux deux cols utérins. Mais nous pensons qu'il n'y a là qu'une apparence ; dans les cas où cette disposition a été signalée, nous voyons coexister une perforation, un manque dans la continuité de la cloison à l'endroit où elle devrait s'insérer sur le col utérin.

John Purcell (1), dans son observation, dont nous avons rapporté plus haut la première partie, attribue cette fente à un artifice ingénieux de la nature :

De chacun des côtés du méat urinaire pendait une membrane qui se dirigeait en arrière ; après avoir compris entre elles son orifice, elles se rejoignaient un peu en arrière de façon à former par leur union un septum ou médiastin, qui, prenant le reste de ses insertions d'origine sur toute la crête proéminante appelée colonne supérieure, descendait perpendiculairement et venait s'insérer sur la colonne inférieure, de façon à s'étendre de l'entrée du vagin jusqu'à son extrémité postérieure en arrière, et à le diviser ainsi en deux parties de dimensions à peu près égales. *Mais chacun de ces vagins ne conduisait pas seul à l'utérus correspondant. En effet, le vagin droit, à mesure qu'il se portait plus en arrière, devenait plus large et à la fin était si dilaté, qu'il comprenait dans sa circonférence les orifices des deux utérus, tandis que le vagin gauche, ayant pris une direction oblique, se terminait en cul-de-sac ou cæcum.* Une telle conformation devait l'avoir rendu complétement inutile ; pour prévenir ce résultat, la nature, fertile en expédients, avait eu recours à un artifice incroyable. En effet on rencontrait *une fissure dans la membrane*, d'un pouce de long et distante d'environ un pouce de l'utérus du côté correspondant.

(1) *Phil. trans.*, t. XIII, p. 572.

Purcell, grand admirateur des expédients de la nature, ne nous paraît pas avoir songé à une cause beaucoup plus naturelle : c'est que l'introduction de la verge au fond du vagin rétréci par sa division en deux moitiés, avait bien pu amener cette rupture.

M. Huguier nous a montré dans son *Atlas*, si riche en faits de cette nature, une disposition semblable ; la cloison n'allait pas jusqu'à l'intervalle qui séparait les deux orifices utérins; mais cette solution de continuité était peut-être aussi le résultat d'une rupture.

Chassaignac (1) en a présenté un cas à la Société de chirurgie; un accouchement antérieur pouvait peut-être expliquer l'imperfection de la cloison.

Mais il faut bien admettre la possibilité de ce cloisonnement primitivement incomplet, puisque Henry (2) en a présenté à la Société anatomique un cas observé chez une enfant âgée d'un an seulement.

Le plus souvent, c'est en bas que la cloison est incomplète, c'est-à-dire qu'elle ne se prolonge pas jusqu'à la vulve; les faits d'erreur de diagnostic, que nous avons cités plus haut, sont dus à l'existence de ces cloisons incomplètes, placées seulement dans la partie plus ou moins profonde de l'organe.

Enfin, cette cloison peut être réduite à une simple bride que l'on trouve plus ou moins haut dans le vagin M. Huguier nous en a montré un exemple très-remarquable pris dans sa collection.

L'art a-t-il à intervenir dans ces circonstances?

Huguier, dans le cas que nous citons, a enlevé la bride

(1) *Soc. de chir.*, *Bull.*, avril 1859.

(2) *Bull.*, 1854.

qui gênait le coït. Maunoir était autorisé à intervenir pour combattre la stérilité, puisque le vagin servant au coït était précisément celui qui se terminait en cul-de-sac; son observation rend compte de son opération. Maunoir réussit sans accident. Chassaignac se servit de l'écraseur linéaire, et paraît avoir réussi. Mais le plus souvent les malades feront comme celle de Martellière, elles refuseront de se soumettre à une opération sanglante pour obtenir la guérison d'un vice de conformation que le hasard seul leur a fait quelquefois découvrir.

ATRÉSIE CONGÉNITALE DU VAGIN.

L'atrésie ou l'étroitesse du vagin n'est pas rare, mais il est presque toujours difficile de savoir si ce rétrécissement est accidentel ou congénital. Boyer (1) en cite cependant dans son livre un exemple qui paraît indiscutable. Nous nous arrêterons fort peu à ce vice de conformation qui ne présente rien de particulier, et dont l'histoire se confond avec celle des rétrécissements cicatriciels, beaucoup plus communs. Les inconvénients de cette atrésie seront, comme dans tous les cas où le vagin est en partie obturé par une cause quelconque : de la dysménorrhée, de la difficulté dans l'accomplissement du coït, un obstacle quelquefois très-grand au passage du fœtus dans l'accouchement.

Cependant il est probable qu'il pourrait arriver dans ces circonstances ce que l'on a vu heureusement arriver pour des rétrécissements accidentels, c'est-à-dire une dilatation spontanée du conduit vaginal, de telle sorte que l'accouchement, regardé d'abord comme impossible, s'accomplis-

(1) Boyer, *Malad. chir.*, t. X, p. 447.

sait sans qu'il fût nécessaire de recourir à une opération sanglante. Nous avons trouvé un certain nombre de ces cas dans les recueils scientifiques, mais, nous le répétons, aucune de ces observations ne nous a paru pouvoir être acceptée sans conteste, comme un exemple de vices congénitaux dans la conformation de l'organe.

Qu'y aurait-il à faire dans un cas d'atrésie empêchant le coït ou l'écoulement des règles? Il faudrait employer la dilatation soit avec l'éponge préparée, soit avec des mèches de plus en plus volumineuses.

Demarquay a employé sur une de ses malades de la Maison de santé un moyen qui nous paraît très-ingénieux et capable de donner de bons résultats, non-seulement dans les cas d'atrésie, mais encore après les opérations faites pour la cicatrisation du vagin artificiel ou la suppression d'une oblitération vaginale.

L'instrument, construit par M. Mathieu, est un cylindre creux, construit en buis et divisé, suivant sa longueur, en deux valves; le tout est enveloppé d'une chemise de caoutchouc vulcanisé. Lorsque l'instrument est engagé dans le rétrécissement, on enfonce dans l'intérieur du cylindre un mandrin qui écarte les valves; en augmentant peu à peu la grosseur des mandrins, on arrive à obtenir une dilatation aussi considérable qu'on le désire. La malade de Demarquay paraît avoir guéri par l'emploi de ce moyen.

DE L'OBLITÉRATION DU VAGIN.

L'oblitération du vagin par une membrane plus ou moins épaisse doit être distinguée, sous le point de vue clinique surtout, de l'atrésie vaginale et de l'absence complète ou incomplète du conduit vulvo-vaginal. Cette oblitération peut

être complète, c'est-à-dire fermer hermétiquement le passage aux liquides venant de l'utérus; ou incomplète, c'est-à-dire présenter un ou plusieurs orifices variables en diamètre. Mais un caractère très-important aussi pour le chirurgien est le siége de ces oblitérations. La membrane oblitérante peut exister à l'entrée de la vulve, c'est le plus souvent alors une imperforation de l'hymen ; elle peut siéger dans la partie vulvaire ou dans la portion utérine du vagin. Cette dernière variété nous a déjà occupé un peu en parlant de l'oblitération de l'utérus. Nous devons surtout maintenant établir une division et étudier séparément l'imperfoforation de l'hymen et l'oblitération proprement dite du vagin.

1° *Imperforation de l'hymen.* — Il serait difficile de comprendre comment, pendant une longue suite de siècles, des anatomistes et des chirurgiens tels qu'Oribase, Colombus, Varole, Dulaurens, A. Paré, Dionis, Mauriceau, Buffon, Astruc, etc., ont pu discuter pour la rejeter l'existence de l'hymen, si l'on ne savait que la confusion la plus grande a régné sur la signification à donner à ce mot; les uns considérant l'hymen comme une membrane bouchant à peu près ou tout à fait l'orifice de la vulve chez les vierges, les autres admettant l'hymen tel qu'on l'admet aujourd'hui. Ce qui pourrait peut-être encore faire mieux comprendre ces débats, c'est la fréquence de l'imperforation de cette membrane, fréquence telle que nous devons nous abstenir complétement de citer des exemples, car il nous a suffi de quelques jours de recherches pour en trouver plus de cent observations.

L'imperforation de l'hymen se présente dans des conditions très-variables : tantôt l'imperforation est complète; tantôt il existe une ou plusieurs petites ouvertures, et

même, dans cette dernière circonstance, la difficulté de l'écoulement des menstrues peut amener, à l'époque de l'apparition de la menstruation, des accidents de rétention qui ont quelquefois été suivis de mort.

Il n'est pas très-rare de voir l'hymen, quoique perforé, présenter une épaisseur et une résistance telles, que les tentatives de coït les plus persévérantes et les plus énergiques ne peuvent parvenir à en déterminer la rupture. Une telle disposition ne pouvait manquer d'attirer l'attention ; aussi nous trouvons dans la plupart des auteurs de chirurgie, des faits où l'art a dû intervenir pour permettre les rapprochements sexuels.

L'opération est, dans ces circonstances, des plus faciles ; une ponction ou mieux une incision simple ou cruciale, comme le conseillaient Celse et A. Paré, suffiront presque toujours pour obtenir une ouverture permanente. Cependant, dans les cas où l'opération est faite pour remédier à des accidents de menstruation, et non pour faciliter le coït, il est bon alors, à défaut de moyens plus naturels, d'employer pendant quelques jours une dilatation artificielle de l'orifice vulvaire, l'hymen incisé pouvant s'oblitérer de nouveau par la réunion des lèvres de la plaie; c'est ce nous montre une observation de Smellie. Ce chirurgien fut obligé d'employer la dilatation permanente sur une petite fille, à laquelle un chirurgien avait déjà deux fois incisé l'hymen qui deux fois s'était cicatrisé.

Il est toutefois un accident sur lequel nous devons attirer l'attention, parce qu'il se retrouve dans un grand nombre d'observations, nous voulons parler de la rétention d'urine. La rétention d'urine peut, dans des circonstances très-rares, comme cela a été vu par Warner (1), être amenée

(1) Burn's *Midwif.*, p. 72.

par le prolongement anormal de l'hymen jusqu'au-devant de l'orifice de l'urèthre; mais, bien plus souvent, cet accident se montre au moment des premières menstruations et attire l'attention plus même que la rétention des règles. Colvan (1), Schmidt (2), Magnan (3), Coley (4), etc., en ont rapporté des exemples. Cet accident peut très-vraisemblablement s'expliquer par la compression qu'exerce le sang menstruel sur le canal de l'urèthre, ou par l'irritation qui est la suite de la rétention des règles en arrière de l'hymen. L'incision de la membrane guérira tous les accidents; le plus souvent, mais non toujours, car on a vu la mort survenir par péritonite après la simple incision de l'hymen et l'évacuation du liquide.

2° *Imperforation du canal vaginal.* — L'oblitération du vagin peut siéger à la vulve sans être due à l'imperforation de l'hymen. Elle peut être amenée par la fusion des petites lèvres, par l'accolement des parois de l'orifice vaginal. Souvent dans ces cas il existe d'autres vices de conformation, comme on peut le voir dans le dessin joint à notre travail.

Le vagin peut être également fermé par une cloison transversale existant à une profondeur plus ou moins grande.

Danyau (5) a vu une femme dont le vagin, cloisonné transversalement vers le milieu de sa hauteur, était partagé en deux cavités, l'une supérieure, l'autre inférieure, communiquant librement par une ouverture circulaire de 12 à

(1) *Lancet*, 1831-32, t. XXI, p. 695.
(2) *Miscellanea curios. med. phys.*, t. III, p. 198.
(3) *Hist. de la Soc. de méd.*, 1776.
(4) *Lancet*, 1832-33, t. XXIV, p. 396.
(5) *Arch. gén.*, série III, t. X, p. 64.

15 millimètres de diamètre. Cette disposition était d'autant plus curieuse, qu'elle était compliquée d'un prolapsus de l'utérus à travers cette ouverture; il en résultait deux vagins engaînés l'un dans l'autre, et dont l'interne, renversé, offrait sa membrane muqueuse au dehors. Réduits, au contraire, ces deux vagins étaient superposés et séparés l'un de l'autre par un diaphragme perforé à son centre.

La régularité de la cloison et de son ouverture me permettent, dit M. Danyau, de considérer cette disposition comme congénitale.

Jarjavay (1) a rencontré une disposition qui lui a permis pour l'opération un procédé très-ingénieux. La malade était soignée à Lourcine pour une affection syphilitique. Voulant examiner l'utérus, le chirurgien introduit le spéculum, qui est arrêté à peu près à 5 centimètres de profondeur. En écartant les valves de l'instrument, il reconnaît la présence d'un cul-de-sac avec deux petits orifices sur les parties latérales. Par le toucher, il constate la présence du col de l'utérus derrière ce cul-de-sac; il peut même introduire l'extrémité du doigt indicateur dans l'orifice latéral gauche et touche le col, quoique avec difficulté.

Cette femme, qui a refusé de subir l'opération à l'hôpital, est opérée chez elle de la manière suivante :

La malade étant couchée sur son lit, la sonde de Belloc, armée d'un fil, est placée dans l'orifice droit, et on la fait ressortir d'arrière en avant par l'orifice gauche. Aussitôt M. Jarjavay amène le fil au dehors et attire en bas et en avant la sonde et le fil qui tient à elle; il en résulte une tension de la cloison transversale sur l'anse métallique de l'instrument. M. Jarjavay incise, couche par couche, sur la

(1) *Le Progrès*, 1859, t. IV, p. 561.

lame de métal, et d'avant en arrière, la cloison ainsi attirée en bas. Celle-ci coupée, l'anse métallique est libre et est retirée au dehors. Il s'est écoulé une très faible quantité de sang. Au bout de six jours, la cicatrisation des lambeaux s'était faite isolément, et la malade était guérie.

L'oblitération du vagin, en amenant la rétention du flux menstruel dans le vagin et dans l'utérus, en faisant craindre souvent, soit la rupture de cet organe, soit la formation d'hématocèles rétro-utérines, par regorgement du sang par les trompes, a forcé souvent les chirurgiens à intervenir. Le procédé le plus souvent employé a été la ponction suivie du débridement. La guérison a pu être obtenue facilement par Harwood (1), par Beyran (2) et par Boys de Loury (3), lorsqu'il ne s'agissait que d'une membrane assez simple, quoique offrant parfois une certaine résistance. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il faut traverser une épaisseur notable de parties, lorsque l'oblitération a eu lieu sur une certaine étendue ; assez souvent dans ces cas, l'ouverture, qui n'a été obtenue que par une opération laborieuse, tend à se refermer ; le vagin ou la portion vaginale artificiellement faite tend à s'oblitérer ou tout au moins à se rétrécir. C'est ce qui est survenu après des opérations faites par Maisonneuve, Piachaud (de Genève), Wuillaume (de Metz), Rossi. Nélaton (4) a observé en 1856, à l'hôpital des Cliniques, un cas d'oblitération du vagin, d'autant plus remarquable, qu'il y avait chez sa malade un double utérus. Cette anomalie fut diagnostiquée par le chirurgien avant l'opéra-

(1) *Lancet*, 1851, t. II, p. 56.
(2) *Gaz. des hôp.*, 13 septembre 1862.
(3) *Gaz. des hôp.*, 1855, p. 142.
(4) De Lalande, thèse inaugurale. Paris, 1856.

tion, rendue nécessaire par la rétention menstruelle et malheureusement suivie de mort.

Dans beaucoup de cas d'oblitération même limitée, le chirurgien se trouve sous le rapport thérapeutique placé à peu près dans les mêmes conditions que celles où pourrait le placer une absence incomplète du vagin ; il faut alors revenir à une opération analogue à celle qu'on pratique pour créer un vagin artificiel, c'est pourquoi nous examinerons ce qu'il faut faire en cas d'imperforation, en étudiant les moyens que l'art peut opposer aux maladies dont l'étude appartient à la section suivante.

ABSENCE DU VAGIN.

L'absence du vagin peut être complète ou incomplète; elle peut être essentielle, ou coïncider avec une absence de l'utérus. Cependant toutes ces particularités anatomiques ont en général entre elles un lien qu'on ne saurait méconnaître. Nous avons vu à la pathogénie que le vagin se forme à son extrémité utérine et dans sa plus grande partie, par le creusement en canal des conduits de Müller, et dans sa portion vulvaire par la résorption du feuillet tégumentaire et la perforation de la partie périnéale du cloaque; de là trois formes qu'on rencontre principalement : 1° absence complète de l'utérus et du vagin, avec existence normale des parties génitales externes; 2° absence de l'ouverture inférieure du vagin, avec intégrité de l'utérus et parfois avec existence de la portion utérine du vagin; 3° terminaison du vagin en cul-de-sac à une profondeur plus ou moins grande, avec absence ou atrophie de l'utérus, et aussi avec absence d'exhalation menstruelle.

Nous avons déjà donné des exemples de l'absence du

vagin en parlant de l'absence de l'utérus; plusieurs des observations ont trait également à l'atrophie de l'utérus, au manque complet de cet organe avec existence d'un vagin terminé en cul-de-sac. Nous pourrions ajouter à ces faits ceux de Coates (1), de Rossignol (2), de Meigs (3), qui ont trait plus spécialement à des lésions congénitales du vagin; mais nous pensons qu'une plus longue énumération de faits qui ont entre eux des liens de ressemblance serait d'une utilité fort contestable, et nous avons hâte d'arriver à ce qui concerne le traitement chirurgical de ce vice de conformation.

Le chirurgien peut avoir à intervenir, dans les cas d'absence complète ou incomplète du vagin, dans deux circonstances principales : 1° pour parer aux dangers d'une rétention menstruelle lorsque l'utérus, placé derrière une barrière que les règles ne peuvent franchir, accomplit et continue son travail d'exhalation menstruelle ; 2° pour permettre la copulation. Les opérations faites pour remplir la seconde indication sont, sans doute, ce que l'on appelle des opérations de complaisance ; mais il est des circonstances où une opération de complaisance est presque une opération de nécessité, et nous connaissons des cas où le chirurgien a dû se rendre aux désirs de sa malade, qui, tout en sachant bien ne pouvoir pas devenir mère, voulait au moins rester épouse, ce qu'elle n'avait pu encore devenir dans l'acception matérielle du mot. Nous connaissons même un cas, où un chirurgien des plus expérimentés a dû céder aux prières et aux larmes de sa malade, créer un vagin artificiel en

(1) *Lancet.* 1850, t. II, p. 6.

(2) *Gaz. des hôp.*

(3) *New-Orleans Journ.*, nov. 1860.

ouvrant le canal de l'urèthre jusqu'au col vésical exclusivement ; de telle sorte que ce vagin artificiel n'avait pour aboutissant que la vessie.

L'humanité, dans ses défaillances, exige quelquefois, à l'insu de celui qui les provoque, des résolutions héroïques de la part d'une épouse. Le chirurgien doit-il se faire le sauveur ou le complice de la malade qui l'implore? Il n'y a pas ici de règles à poser, c'est dans chaque cas particulier une question de circonstances que le chirurgien doit juger dans sa conscience.

Lorsqu'il y a rétention menstruelle, le chirurgien se trouve en présence de trois indications à remplir. C'est ce qu'a fait ressortir vivement Verneuil dans un remarquable rapport lu à la Société de chirurgie (1) sur une observation de Patry. Ces indications sont les suivantes :

1° Évacuer le foyer sanguin ;

2° Créer une voie permanente d'écoulement ;

3° Empêcher l'oblitération consécutive de l'ouverture artificielle.

L'évacuation du foyer sanguin a été quelquefois le seul but immédiat que se proposait le chirurgien cherchant à imiter ce qui arrive quelquefois dans des cas semblables, c'est-à-dire la rupture de la poche du côté du rectum et l'établissement d'une fistule recto-vaginale ou recto-utérine ; mais cette opération ne sera souvent que palliative, car une ouverture étroite s'oblitère facilement et une ouverture large pourrait, par contre, permettre aux matières fécales liquides d'arriver dans le vagin ou l'utérus au-dessus de l'obstacle, et l'on conçoit facilement tous les inconvénients d'une disposition semblable. Cependant

(1) *Bull.*, 2e série, t. II, p. 22.

cette occlusion consécutive ne s'est pas montrée dans le cas suivant, dont nous devons la publication à Baker-Brown (1). Mais nous devons ajouter que l'observation, toute récente, ne va pas au delà d'un mois après l'opération, et qu'on est porté dans ce cas à redouter comme possible ou probable l'oblitération spontanée de l'ouverture pratiquée.

Mademoiselle D..., âgée de quinze ans, fut admise à *London surgical Home*, le 13 novembre 1861. Elle avait éprouvé depuis deux ans de grandes douleurs à chaque période, mais sans aucune apparence de règles. M. Teale (de Leeds) avait tenté de faire un vagin artificiel, mais avait échoué faute de tissus suffisants. De l'extérieur, l'utérus offrait la sensation d'un organe au quatrième mois de la grossesse, et on pouvait le sentir proéminer vers le rectum. La jeune personne était d'ailleurs bien développée.

Le 21 novembre, M. Brown introduisit dans l'utérus par le rectum un trocart courbe, et lia la canule avec des rubans de fil. Au moment de l'opération, une grande quantité de matière louche sortit par la canule, et continua à couler pendant deux ou trois jours. Le 24, la malade ressentit quelques douleurs, qui furent suivies par l'évacuation de sang menstruel frais. Le 27, survint une selle, la canule était encore en place et fut maintenue pendant quinze jours; les selles se faisaient régulièrement chaque jour. Le 2 janvier, après deux ou trois jours de souffrances utérines, les règles s'écoulèrent encore par le rectum, et l'opérée retourna peu après chez elle.

Cette ponction par le rectum ne peut être considérée que comme palliative; peut-être pourrait-on la conseiller si elle était tout à fait innocente, mais il est loin d'en être ainsi, et Antoine Dubois qui crut pouvoir y recourir (2), vit sa malade mourir de péritonite.

(1) *Lancet*, 1862, t. I, p. 175.

(2) Boivin et Dugès, *Accouchements*, t. I, p. 272.

La ponction simple par le vagin, acceptable quand il n'y a manifestement qu'une faible épaisseur de parties qui sépare la collection liquide du doigt du chirurgien, devient dangereuse, plus même que celle par le rectum, quand on est obligé, en employant ce procédé, de donner beaucoup au hasard.

Manoury (1) perdit la malade qu'il opéra par ponction vulvaire, bien qu'il fût arrivé probablement sans accident dans l'intérieur de l'utérus distendu :

Une jeune fille de dix-sept ans dont les règles n'avaient pas encore paru, commença à éprouver tous les mois des douleurs lombaires qui duraient quelques jours et disparaissaient. Un médecin consulté soupçonna une rétention des règles, et l'examen des parties génitales fit connaître une imperforation de la vulve. L'absence du vagin fut constatée par l'introduction d'une sonde dans la vessie et par le toucher rectal. M. Manoury se décida à une opération. Un trocart fut plongé avec précaution à travers la vulve imperforée, et enfoncé à une profondeur de trois pouces. Il ne s'écoula d'abord qu'une matière visqueuse et filante, mais le lendemain, il sortit en abondance un fluide noir, épais et fétide. La cavité, dilatée insensiblement par des sondes graduées, permit de constater la présence du col de l'utérus au fond du vagin artificiel. La malade s'affaiblit, tomba dans le marasme et mourut.

Il faut donc avoir recours à la seconde méthode et chercher à créer une voie nouvelle d'écoulement.

Ici trois procédés se présentent : 1° se servir exclusivement du bistouri; 2° procéder par décollement des parties; 3° se servir à la fois des deux moyens précédents.

L'emploi du bistouri se présente le plus naturellement à

(1) *Arch.*, 1839, t. VI, p. 236.

l'esprit, malheureusement ce moyen, comme nous le verrons, ne laisse pas que d'être assez dangereux.

Nous ne croyons pas devoir rapporter avec détails l'observation si célèbre de de Haen (1). Ce chirurgien, croyant n'avoir affaire qu'à une oblitération de l'hymen, voulut détruire l'obstacle par l'incision couche par couche; mais au lieu de pénétrer dans l'utérus si distendu de sang que ce liquide avait reflué jusque dans le péritoine, de Haen arriva dans la vessie, et put s'assurer par l'autopsie de l'erreur qu'il avait commise.

Nous allons rapporter maintenant quelques-unes des observations les plus remarquables dans lesquelles le bistouri a été employé pour ouvrir la voie artificielle jusqu'à l'utérus distendu.

Absence du vagin. — Vagin artificiel pratiqué avec succès dans deux cas (2). — Une jeune fille de dix-huit ans vint consulter M. de Bal en février 1844 pour les symptômes d'une menstruation laborieuse. M. de Bal, explorant alors les parties génitales, constata que le vagin manquait et que son orifice n'était même pas représenté. Avec un doigt dans le rectum et une sonde dans la vessie, il reconnut qu'il y avait deux pouces et demi entre le lieu où aurait dû s'ouvrir le vagin et le point le plus déclive de la tumeur. Jusqu'à une profondeur d'un pouce et demi, il n'existait entre la vessie et le rectum qu'un corps fibreux épais d'une ligne et demie à deux lignes. C'était donc dans cet intervalle qu'il était indiqué de chercher à établir un conduit artificiel pour donner issue au fluide menstruel accumulé.

Le 23 mai, après avoir vidé la vessie et le rectum, une sonde étant maintenue dans la vessie par un aide et l'opérateur ayant in-

(1) De Haen, t. III, part. VI, p. 32.
(2) *Arch. gén.*, 4e série, t. XVI, p. 103.

troduit l'indicateur gauche dans le rectum, M. de Bal fit une incision transversale dans l'espace compris entre l'anus et l'urèthre, avec un bistouri droit garni de linge excepté à son extrémité. Il pénétra ainsi à un pouce quatre lignes de profondeur. Avançant à petits coups, il parvint enfin à un point où l'intervalle entre la vessie et le rectum était plus large et plongea alors un trocart dans la tumeur dure et cartilagineuse dont les parois étaient épaisses de trois à quatre lignes. En le retirant, il s'écoula un litre et demi d'un liquide gluant, sans odeur. On laissa une sonde de gomme élastique dans la plaie. Après avoir fait quelques injections, il fut impossible de rien constater qui ressemblât au col utérin ni à son orifice. La malade guérit sans accidents; mais on ne put jamais dilater la plaie, et c'est surtout vers le tiers supérieur qu'on a rencontré une résistance invincible.

Oblitération complète et congénitale du vagin avec imperforation du col de la matrice; opération, mariage, grossesse; accouchement à terme; éclampsie, application du forceps; métro-péritonite et mort (Debrou, d'Orléans) (1). — Une jeune fille âgée de dix-neuf ans était affectée depuis deux ans d'accidents de rétention menstruelle, de douleurs dans les reins, le siége et les cuisses, revenant tous les mois. Les règles ne paraissant cependant point, elle appela M. Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans. Celui-ci constata dans le côté droit une tumeur de forme ovalaire, du volume d'un gros œuf de poule, un peu roulante sous la main, et qui semblait formée par l'ovaire; de plus, il y avait à l'hypogastre une tumeur volumineuse causée par la distension de l'utérus, par le sang des règles. Les parties génitales externes présentaient l'aspect ordinaire; mais entre les nymphes, le clitoris et la fourchette, se trouvait une membrane ne présentant qu'une légère dépression sans ouverture, au lieu de l'entrée du vagin. L'orifice de l'urèthre était placé comme d'ordinaire et une sonde pénétrait dans la vessie.

(1) *Gaz. méd.*, 18 janvier 1851.

L'opération fut décidée, car on craignait la rupture de l'utérus dans l'intérieur de l'abdomen.

Le doigt indicateur gauche étant introduit dans le rectum, le chirurgien pénétra à l'aide d'un bistouri à lame courte au centre de l'espace compris entre la fourchette et l'urèthre. Il divisa ainsi à petits coups un tissu résistant et fibreux, jusqu'à une profondeur de 2 pouces environ, débridant de temps en temps sur les côtés avec un bistouri boutonné. Il parvint enfin jusqu'à un corps solide qu'il reconnut être le col de l'utérus. Ayant achevé de le mettre à découvert et le trouvant imperforé, il fit dans un point plus aminci une ponction avec le bistouri et agrandit de 5 à 6 lignes l'ouverture qui donna issue à environ 2 verres de sang noir et coagulé. La cavité de l'utérus était vaste et lisse, ses parois très-amincies.

La dilatation fut maintenue à l'aide de mèches de charpie et d'une sonde de gomme élastique. Après un mois et sans avoir éprouvé d'accidents graves, la malade était à peu près guérie ; mais peu *de temps après il fallut encore inciser différentes brides, et même, le col de l'utérus qui avait donné une fois passage aux règles, se referma.*

Une nouvelle incision semblable à la première fut pratiquée et cette fois la guérison fut définitive.

Un an après, cette jeune fille s'étant mariée devint presque immédiatement enceinte et la grossesse se passa sans accidents. Mais, lors de l'accouchement, le col ne se dilata pas spontanément et le chirurgien fut obligé d'y pratiquer des incisions multiples. Des attaques d'éclampsie étant survenues, on termina promptement l'accouchement à l'aide du forceps et sans qu'il y eût du reste d'autres lésions qu'une déchirure du périnée n'intéressant nullement la cloison recto-vaginale. Cependant la malade fut prise de métro-péritonite puerpérale et mourut huit jours après.

L'autopsie ne put être pratiquée.

Ce qui frappe surtout dans la plupart de ces opérations,

c'est de voir le rétrécissement consécutif et graduel de la plaie faite par l'instrument tranchant.

Maisonneuve (1) opéra, à l'hôpital Cochin, à la fin de 1849, une malade âgée de dix-huit ans. Deux ans plus tard, l'orifice était considérablement rétréci, et la malade venait se soumettre à la dilatation progressive du canal artificiel.

La même chose arriva à Piachaud (de Genève) (2) sur une malade qu'il opéra par la ponction et l'incision. L'ouverture persista, mais elle se rétrécit, et, ajoute le chirurgien, dans le cas de grossesse, il aurait probablement fallu pratiquer des incisions.

La guérison fut encore fort incomplète dans le cas suivant, publié par Willaume (de Metz) (3).

Une jeune fille éprouvait depuis deux ans les symptômes de la rétention des règles. Les parties génitales externes paraissaient bien conformées ; il y avait, entre le méat urinaire et la commissure postérieure de la vulve l'intervalle ordinaire ; mais, il n'y avait nulle trace d'ouverture vaginale. Au moyen d'une sonde introduite dans la vessie et du doigt porté dans le rectum, on sentait entre ces deux organes une assez grande épaisseur de tissu cellulaire dense ; mais rien qui annonçât l'existence d'un conduit lisse et encore moins distendu : M. Willaume a guéri la malade par une opération. Il a introduit une sonde dans la vessie et l'a fait élever fortement vers le pubis ; un aide a introduit un doigt dans le rectum, afin de le déprimer le plus possible, évitant ainsi la blessure de ces deux organes ; on fit une incision de 8 à 10 lignes de longueur, et on en porta graduellement la profondeur jusqu'à 2 pouces. Alors l'instrument a pénétré dans un espace libre formé par le vagin, et au fond

(1) *Lancet*, 1850, t. I, p. 120.
(2) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1857, t. VIII, p. 108.
(3) *Arch. de méd.*, 1826, 1re série, p. 306.

duquel le doigt indicateur sentit, au lieu du col de l'utérus, une surface arrondie formée par le côté droit de cet organe (obliquité de l'utérus à droite, col à gauche). M. Willaume ne pouvant ramener l'utérus dans sa direction, au moyen du pharyngotome porté sur le doigt, fit une ponction de l'utérus, et il sortit aussitôt une petite quantité de sang épais, gluant, sans odeur. Les premiers jours, des accidents inflammatoires parurent se montrer, mais des antiphlogistiques en prévinrent le développement, et le cinquième jour la matrice moins remplie par le sang, reprit spontanément sa place et le sang put sortir par ses voies ordinaires ; alors tous les accidents cessèrent, la tumeur du ventre s'affaissa et toutes les fonctions se rétablirent dans leur intégrité. Au bout d'un mois, guérison complète. Deux ans et demi se sont écoulés depuis ce moment, le canal artificiel est conservé, *mais on n'a pas entretenu la dilatation, de sorte que le sang ne le traverse pas toujours avec facilité et s'amasse quelquefois dans l'utérus qu'il dilate et irrite.*

Warbeck (1) paraît avoir été plus heureux.

Ayant eu à traiter une jeune personne de dix-huit ans qui éprouvait depuis quinze mois des accidents dus à la rétention, il fit une incision transversale de 8 à 10 lignes entre la vessie et le rectum écartés l'un de l'autre ; il pénétra ensuite peu à peu jusqu'à trois pouces de profondeur, et reconnut enfin la matrice distendue, mais sans pouvoir distinguer le col. Il y plongea la pointe d'un bistouri et y fit une large ouverture. Il en sortit aussitôt plus de cinq livres d'un sang visqueux. Tout alla bien jusqu'au dixième jour ; il survint alors de l'inflammation ; cependant la guérison eut lieu.

La malade s'est mariée et n'a pas encore eu d'enfants.

Rossi (2) fut obligé de réopérer à dix-huit ans une en-

(1) *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, juillet 1845.

(2) *Arch. de méd.*, 1827, t. XV, 269.

fant qui avait subi une première opération à l'âge de dix ans.

Macfarlane (de Glascow) (1) fit, à une femme de trente-huit ans, une opération dont on ne comprend guère le motif. Le vagin était, il est vrai, « obstrué par une membrane épaisse et d'apparence musculeuse, » mais il n'y avait aucun trouble menstruel. Le chirurgien, ne pouvant arriver jusqu'à l'utérus, s'arrêta dans l'opération : la malade mourut de péritonite, et l'autopsie montra qu'il y avait absence complète d'utérus.

Nous ne ferons que citer l'observation de Paterson (2), car elle fut faite dans une circonstance toute exceptionnelle, puisqu'il s'agissait d'un vagin imperforé, coïncidant avec une exstrophie de vessie. Le résultat fut, du reste, satisfaisante.

Plusieurs succès, toutefois, ont été obtenus par l'emploi du bistouri. Nous donnons le dessin des parties génitales d'une jeune femme opérée par Huguier, dessin que nous devons à l'obligeance de ce chirurgien, qui a bien voulu le distraire de sa collection, si riche en faits analogues à ceux qui nous occupent. L'incision, comme on peut le voir (fig. 4), fut faite transversalement, portant d'abord sur la face interne des deux petites lèvres.

La malade, Augustine F..., âgée de dix-sept ans, entra à l'hôpital Beaujon le 16 février 1848. Cette jeune fille n'éprouvait pas à cette époque de troubles dépendant d'une rétention menstruelle, mais elle désirait se marier et n'avait pas de vagin. Les grandes et les petites lèvres étaient bien conformées ; Huguier plaça une sonde dans la vessie et la

(1) *Lancet*, 1830-32, t. XXI, p. 625.
(2) *Lancet*, 1841-42, t. II, p. 575.

fit attirer en haut par un aide, afin d'écarter l'urèthre. Après avoir placé son doigt dans le rectum et saisi avec le pouce la partie inférieure de la vulve, il fit une incision transversale à l'endroit indiqué sur le dessin (fig. 4) et continua ainsi de proche en proche, par une dissection habile et délicate, jusqu'à ce qu'il fut arrivé sur le col de l'utérus. Le col était imperforé, Huguier ne crut pas devoir alors créer inutilement un passage à des règles qui ne se montraient pas. Des renseignements ultérieurs fournis par M. Debout nous permettent de compléter l'histoire de cette malade. La jeune fille se maria. Déjà, depuis plusieurs mois, le vagin artificiel commençait à se rétrécir, lorsque des symptômes de rétention menstruelle apparurent ; le médecin de sa ville lui fit une ponction de l'utérus ; il ne survint pas d'accidents, mais quelque temps après l'ouverture utérine se boucha, des symptômes de métro-péritonite survinrent et la malade succomba.

Dans la discussion à laquelle donna lieu le rapport de Verneuil à la Société de chirurgie (1), plusieurs faits analogues furent produits.

Richard rétablit un vagin oblitéré accidentellement au moyen du bistouri. Après une opération d'un quart d'heure, conduite avec les plus grandes précautions, il ouvrit une poche d'où s'échappa un verre et demi de sang. La malade guérit, mais après avoir éprouvé de sérieux accidents.

Guérin (de Vannes) a créé au bistouri un vagin artificiel, il put faire pénétrer un petit spéculum dans le canal de nouvelle formation, qui se rétrécit et disparut presque totalement avant la sortie de la malade.

Le *décollement* des parties molles sans l'emploi ou du

(1) *Bull.*, 2e série. t. II, p. 49.

moins avec l'emploi très-restreint de l'instrument tranchant, n'a pas été imaginé de prime abord. La traction opérée sur les lèvres de la vulve congénitalement réunies, ayant réussi à Amussat, ce chirurgien eut l'idée ingénieuse d'essayer ce même moyen dans un cas d'absence du vagin. Son observation est trop importante pour que nous ne la rapportions pas avec quelque détail :

Une jeune demoiselle allemande, âgée de quinze ans et demi, dans un état de santé très inquiétant occasionné par l'accumulation des règles dans l'utérus, fut amenée à Paris en février 1852 par le docteur Langenbecker. Consultation fut faite avec MM. Boyer, Marjolin, Magendie, Amussat.

Jusqu'à treize ans cette jeune personne avait joui d'une bonne santé; mais à cette époque elle éprouva de violentes coliques et des douleurs de reins qui durèrent plusieurs jours. Ces douleurs ressemblaient à celles de l'accouchement. Le premier accès eut lieu le 15 juin 1851 et dura neuf jours. Le deuxième accès se déclara cinq semaines après, et elle eut successivement six accès en huit mois.

Après quelques hésitations sur le diagnostic, le docteur Langenbecker, consulté, constata une imperforation de la vulve et une absence de vagin. Les accidents se répétant, la jeune fille est conduite à Paris pour y être soumise à un examen et peut-être à une opération.

Consultation fut faite, et voici ce qui fut constaté. Constitution bonne, mais affaiblie; teint décoloré. Le ventre, distendu, présente le développement de celui d'une femme parvenue au sixième mois de sa grossesse; il offre à sa partie inférieure une tumeur volumineuse, dure, sensible à la pression, et qui semble être due à un développement de l'utérus. Toutes les parties extérieures de la génération sont parfaitement normales. La vulve est bien conformée à l'extérieur; à l'intérieur, il n'existe pas d'ouverture; la

surface concave qui correspond à l'orifice du vagin est lisse et tapissée par une membrane muqueuse véritable ; le méat urinaire, très apparent, est situé beaucoup plus bas que d'ordinaire ; il occupe presque le centre de la fossette que présente la vulve. Une sonde droite, introduite dans l'urèthre, pénètre assez difficilement; il faut la diriger très obliquement en haut et en avant, et l'urine n'en sort que lorsque la sonde a pénétré assez profondément.

Le doigt indicateur, introduit dans le rectum, distingue facilement la sonde à travers des parties très minces. En haut et en arrière, le doigt est arrêté par une tumeur volumineuse qui occupe toute l'excavation du bassin; cette tumeur est tendue, fluctuante, à parois lisses et comme ballonnées.

Après l'examen, le diagnostic fut posé sans contestation : le fait était matériel; mais on s'accorda un peu moins sur le pronostic. On fut unanime à le déclarer des plus graves; mais, dans la discussion, on rejeta bien loin l'idée d'Amussat de séparer l'urèthre et la vessie du rectum par décollement, sans faire usage du bistouri.

Tout moyen fut rejeté. Amussat seul avec Langenbecker persévéra dans son idée, et le lendemain ils procédèrent à un nouvel examen.

Opération. — On écarta fortement les grandes lèvres, et en tirant de même en bas le périnée, on remarqua que l'urèthre s'entr'ouvait largement, et qu'on voyait alors dans ce canal comme dans le conduit auditif. Immédiatement après l'exploration, Amussat chercha à exécuter ce qu'il avait proposé. D'abord il plaça l'extrémité du manche d'une grosse sonde droite au-dessous de l'urèthre, là où l'ouverture du vagin aurait dû se trouver. Il appuya un peu fortement dans la direction de la soudure, comme pour faire un trou : il fit de même avec le petit doigt, après avoir mis un autre doigt dans le rectum pour se guider, poussant un peu fort le petit doigt qu'il avait fixé sur la fossette de la vulve. *Cette manœuvre fut douloureuse, mais eut plus de succès qu'il n'en attendait : l'impression de son doigt resta.* Il recommença le lendemain la même manœuvre ; cette fois, il pinça le périnée avec un doigt dans l'anus et le

pouce dans la vulve, et il tira cette partie en arrière pendant qu'il enfonçait son petit doigt, en tirant en haut et en élevant l'urèthre; de sorte qu'il faisait deux tractions en sens opposé, dans le but de désunir les parties soudées ; il crut sentir que les tissus cédaient ou obéissaient à ses tractions. Il resta un trou sans déchirure ni effusion de sang. Pour conserver cette dilatation, il plaça dans ce petit enfoncement en doigt de gant une petite éponge préparée, qui fut renouvelée chaque fois qu'elle était ramollie ou dérangée. Profitant de cet enfoncement conservé et dilaté par l'éponge, le chirurgien introduisit deux doigts pour le distendre davantage et séparer l'urèthre du rectum. Le décollement fut très douloureux; il sentit que la soudure cédait, et il y eut un véritable éraillement ou déchirure de la muqueuse, et par conséquent une effusion de sang. La dilatation fut continuée avec l'éponge préparée.

Les 3, 4 et 5 mars, on renouvela la même manœuvre, et l'on arriva enfin à la tumeur, ou plutôt à l'utérus distendu par le sang des règles.

Les 7 et 8, l'ouverture ainsi pratiquée paraît diminuée de profondeur, et l'on constate que cette apparence est due à l'abaissement de la tumeur.

Le 9 mars, la malade ayant passé une bonne nuit, Amussat se décida à faire l'opération définitive, qu'il pratique de la manière suivante.

« La malade étant assise sur le bord de son lit, les jambes fléchies et soutenues sur une chaise, je fis écarter autant que possible les grandes lèvres. J'introduisis alors jusqu'à la tumeur, par le conduit artificiel, l'indicateur de la main gauche, qui me servit à guider un petit stylet trocart que je fis pénétrer de plus de 6 lignes dans cette tumeur, dont les parois me semblèrent formées, en cet endroit, par un tissu fort dur et de plusieurs lignes d'épaisseur.

» Je parvins néanmoins dans la cavité de la poche, puisque, après avoir retiré l'instrument, il sortit quelques petits filets d'un sang noir, épais. Comme j'avais inutilement essayé d'enfoncer la

canule du stylet trocart, et que d'ailleurs cette canule, étant fort étroite, n'aurait pu donner issue qu'à une très petite quantité de sang, j'eus recours au bistouri. Après avoir de nouveau constaté la position de la vessie et du rectum, je pris un bistouri droit à lame étroite, garnie de linge dans les cinq sixièmes de son étendue, ayant la pointe entourée par une boulette de cire. Je le fis pénétrer à plat sur le dos de mon doigt indicateur jusqu'à la tumeur dans laquelle je le plongeai. Les tissus qu'il traversa étaient extrêment durs. Il sortit alors du sang épais, noirâtre, gluant, qu'on ne peut même comparer qu'à du chocolat à l'eau fort épais. J'espérais pouvoir forcer, à l'aide de l'ongle, l'ouverture que j'avais pratiquée avec le bistouri, mais la dureté des tissus s'y opposant, je repris mon bistouri et j'agrandis transversalement l'ouverture. Au même instant il sortit un flot de sang gluant. Je pus alors introduire mon doigt indicateur, et je reconnus alors une large poche à parois dures et lisses, analogues à celles que l'on trouve à l'intérieur de la matrice après l'accouchement; mais la douleur fut si vive et si insupportable que la malade eut un accès de désespoir. Le doigt ayant été promptement retiré, je débridai à droite et à gauche avec mon bistouri boutonné, et il sortit de 10 à 12 onces de ce sang noir, gluant, dont nous avons déjà parlé. La tumeur parut alors diminuer sensiblement. Je plaçai dans l'incision, c'est-à-dire jusque dans l'utérus, une grosse canule de gomme élastique entourée de linge et bouchée à son extrémité antérieure. La malade passa bien la journée et urina sans souffrir. »

Après l'opération, la malade eut des accidents très graves; faiblesse, assoupissement, fièvre, pertes de sang abondantes; mais sa santé se soutient, et localement l'opération ne présente aucun accident. Le 18 mars seulement elle rendit une assez grande quantité de sang, en tout semblable à celui qui était sorti après l'opération.

Du 18 mars au 25 avril, le mieux se continua insensiblement. On continua des soins assidus. La tumeur de la fosse iliaque gauche

diminuait de plus en plus, et l'on put dilater le vagin artificiel à l'aide de canules de plus en plus grosses.

La malade partit à Metz, et son état de santé fut à peu près de même jusqu'en septembre, où un refroidissement subit arrêta le cours du sang, et elle parut avoir la même maladie qui s'était déclarée quatre ou cinq jours après l'opération ; on lui mit douze sangsues sur le ventre, et elle se rétablit.

Dans le mois de juillet 1854, c'est-à-dire deux ans après l'opération, mademoiselle S... est revenue à Paris dans un état parfait de santé. Toutes ses fonctions, et surtout celle de la menstruation, s'exécutaient à merveille. Le toucher pratiqué par le vagin artificiel, au lieu de faire reconnaître un conduit fistuleux vulvo-utérin, comme on l'avait laissé, fit constater un cul-de-sac de 1 pouce à 18 lignes. La vulve s'était enfoncée dans la fistule et avait contracté des adhérences avec un corps dur que je pris pour l'utérus ; la cicatrice de la fistule s'était faite de haut en bas par le raccourcissement du trajet.

Cependant, antérieurement à Amussat, un chirurgien anglais, Fletcher (1), employa une sorte de décollement avec une sonde, pour pénétrer jusqu'à l'utérus ; mais il est juste de reconnaître que le moyen employé un peu au hasard par Fletcher, fut pour Amussat le fruit de la réflexion, et que le chirurgien français dut, avant de l'employer, combattre l'opinion de Boyer lui-même.

Voici du reste l'observation de Fletcher ; elle est intitulée :

Cas curieux observé chez une jeune mariée, remarquable à plusieurs titres : 1° l'opération amena la guérison, quoique tout le vagin fût oblitéré jusqu'à l'orifice de l'utérus ; 2° il n'y eut jamais accumulation du sang menstruel ; 3° le pénis du mari

(1) *Lancet*, 1830-31, t. II, p. 612.

s'était introduit dans l'urèthre, qui était si large qu'il put admettre facilement deux doigts du chirurgien. — A l'extérieur les parties avaient l'apparence d'une bonne conformation naturelle. En écartant les lèvres, et en examinant avec soin, on trouvait l'orifice du vagin situé plus haut qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire beaucoup plus près du clitoris qu'à l'état normal. Après une inspection encore plus minutieuse, voici quel était l'état des parties : le vestibule était complétement fermé depuis la commissure inférieure jusqu'à l'orifice qui, à première vue, semblait être celui du vagin, mais qui, en réalité, était l'orifice de l'urèthre énormément distendu. La substance qui remplissait ainsi le vestibule était solide et ne donnait aucune idée de cavité derrière elle, comme il arrive le plus souvent dans les cas d'oblitération, lorsqu'il y a accumulation du sang menstruel ; il n'y avait ni plénitude de la partie inférieure de l'abdomen, ni pression sur le rectum, causée par une collection sanguine. On pouvait introduire deux doigts dans l'orifice de l'urèthre.

M. Fletcher, dans ces circonstances, trouvant la malade disposée à l'opération la pratiqua de la manière suivante :

La malade fut placée dans la position de la lithotomie, l'index de la main gauche fût introduit dans le rectum pour examiner cette partie ; mais n'amenant la découverte de rien d'anormal, il y resta comme un guide pour le reste de l'opération. Choisissant un point au milieu de la substance solide qui occupait le vestibule, exactement à égale distance du centre de l'orifice élargi de l'urèthre et de la commissure inférieure, et à une distance égale des nymphes ; l'opérateur introduisit la pointe d'un scalpel à double tranchant à un pouce de profondeur, et l'ouverture fut élargie au même instant, en avant et en arrière, de manière à ouvrir une route au doigt. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang ; la résistance était la même à la pointe de l'instrument que dans le reste de son parcours. L'index de la main qui opérait occupait alors l'ouverture faite par le bistouri. Tout était clos à son extrémité, et la sensation était celle d'un tissu réticulé, quoique trop dur pour se laisser

déchirer, ce qui donna quelque espoir. Le bistouri fut repris et le doigt retiré du rectum pour aider à la dissection. Il fut porté à la profondeur de deux pouces, maintenant la pointe du bistouri au centre du passage supposé, repoussant quelquefois les parties hors du chemin du bistouri, de sorte que ce dernier n'avançait que lentement. Je pensai cependant que cela devenait un peu obscur. La chambre faite jusqu'à présent par le bistouri recevait une grosse sonde de gomme élastique qui pouvait pénétrer jusqu'à environ deux pouces et demi, *je frappai l'extrémité de la bougie de quelques coups de marteau*, ce qui peu à peu lui faisait évidemment gagner du terrain. Enfin l'opération réussit bien ; en une semaine environ, cette pratique amena la découverte de l'utérus, qui était parfaitement formé et dans de bonnes conditions. La femme retourna chez elle, bientôt après fut menstruée et eut deux enfants par la suite.

Verneuil, dans son rapport, cite, d'après Zeis (de Dresde), un cas d'opération chez une petite fille de trois ans. La soudure fut détruite uniquement avec les doigts et un coup de ciseaux.

Bernutz (1), dans un cas très remarquable, essaya aussi le décollement. Après avoir, avec les deux index, obtenu un infundibulum, il y plaça une éponge préparée, et put arriver ainsi jusqu'au col. Malheureusement, l'indocilité de la malade empêcha la guérison d'être complète; cette femme sortit de l'hôpital, le vagin se rétrécit graduellement; deux ans après l'opération, les règles coulèrent quelque temps par la fistule qui restait comme vestige du vagin créé. Après une année d'évacuation des règles par le vagin, l'écoulement menstruel se supprima par cette voie et s'écoula de nouveau par l'anus, ainsi que cela avait lieu avant tout traitement.

(1) Bernutz et Goupil, *loc. cit.*, 1 vol., p. 307.

Les observations d'opération par décollement sont encore trop peu nombreuses pour nous permettre d'avoir, à l'égard de leur supériorité sur les autres moyens, une opinion appuyée sur des bases certaines; cependant, il semble qu'il doive y avoir avantage à aider le décollement de l'emploi réservé du bistouri. En effet, le décollement est assez difficile au niveau de la peau, bien qu'il ne semble y avoir qu'accollement ou fusion très-légère de deux parois muqueuses; il paraît utile de diminuer, par l'emploi du bistouri, ce temps d'une opération toujours fort longue, puisqu'on ne peut la terminer en une seule séance. Mais, au delà de la peau, dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, il y a danger dans l'emploi de l'instrument tranchant, et c'est précisément en cet endroit que le décollement est le plus facile. Enfin, pour terminer l'opération, lorsqu'on approche du col de l'utérus qui tient les parties dans un certain écartement, on peut encore avec avantage reprendre le bistouri.

C'est en s'appuyant sur ces considérations et pour abréger la durée de l'opération, que quelques chirurgiens, Stolz en 1831 et A. Bérard, ont employé une méthode mixte.

La malade de Bérard fut montrée, il y a quelques années, à la Société de chirurgie par Désormeaux (1) :

M. Desormeaux présente une femme de trente-quatre ans qui présentait dans sa jeunesse une absence complète de vagin. M. Bérard lui pratiqua une opération qui consistait à creuser un canal depuis la vulve jusqu'à l'utérus. Parvenu à une petite distance du col utérin, il s'arrêta, laissant une petite épaisseur de tissu qu'il comptait inciser quand ils seraient distendus par le sang des règles; mais la malade sortit de l'hôpital avant d'être complétement guérie. Elle

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VII, p. 421.

est revenue consulter à cause des douleurs violentes qu'elle éprouve chaque mois pendant quinze jours ou trois semaines, et qui n'ont été calmées que par une hématurie mensuelle qui a eu lieu pendant dix-huit mois, mais qui a disparu pour ne revenir qu'à de grands intervalles.

Le vagin qui a été creusé autrefois, conserve ses dimensions. Il est tapissé par une membrane rose d'un aspect semblable à la muqueuse vaginale, mais sans rides et lisse. Il se termine par une cloison sur laquelle le doigt sent une bride antéro-postérieure, que le spéculum permet d'apercevoir facilement. Le toucher rectal fait reconnaître la présence d'un utérus assez bien conformé, un peu plus gros qu'à l'état normal chez une femme qui n'a pas eu d'enfants. Une sonde introduite dans la vessie et dirigée d'avant en arrière, trouve assez facilement une ouverture qui lui permet d'arriver dans une cavité où se trouve le col de l'utérus.

M. Désormeaux se propose de compléter plus tard l'histoire de cette malade.

L'observation suivante de Watson (1) est un exemple de a tendance qu'a le canal artificiel à s'oblitérer spontanément ou du moins à rétrécir son calibre :

La malade, jeune Allemande, ressentant des désirs sexuels, n'a jamais été réglée. La santé était bonne d'ailleurs, mais elle ne présentait pas trace de vagin ; il n'y a pas de gonflement abdominal. Les docteurs Hoffman et Maxwell avaient pratiqué une opération dans le but de rétablir le canal, mais la malade n'ayant pas bien suivi les prescriptions du traitement, les parties se réunirent de nouveau. Une seconde opération fut tentée par M. Watson, de la manière suivante. Un cathéter d'argent fut introduit dans l'urèthre et maintenu par un des aides. L'index de la main gauche ayant été introduit dans le rectum, les parties furent divisées avec soin *sur le*

(1) *Lancet*, 1845, t. II, p. 679.

point que doit occuper le vagin, entre le cathéter et le doigt. Lorsque le bistouri eut pénétré d'environ un pouce et demi, on vit que les tissus cédaient librement à la pression. Puis on pratiqua l'extension du passage *en partie par la traction, en partie par la section*, jusqu'à ce que le canal fût rétabli jusqu'au col de l'utérus. Il était très petit, et l'utérus tout entier paraissait atrophié ; il n'y avait pas accumulation de liquide menstruel. Le passage fut maintenu ouvert pendant plusieurs mois, d'abord au moyen d'éponge préparée, ensuite avec un pessaire. Le passage est maintenant perméable, mais contracté.

Patry (1) a obtenu un succès très-remarquable par le décollement, uni à l'incision. Nous croyons devoir donner le résumé de son observation.

Catherine J.,., dix-sept ans, couturière, éprouvait depuis quatorze mois des douleurs dans les aines, le bas-ventre, les lombes et les cuisses, durant trois ou quatre jours et revenant tous les mois. Pendant les intervalles, santé parfaite. Il y a six ou huit mois, Catherine s'aperçut que son ventre grossissait, il augmentait à chaque accès pendant lesquels les seins étaient gonflés. Jamais aucun écoulement de sang. Le traitement avait consisté en émissions sanguines locales.

Je vis cette jeune fille le 10 juillet 1845. Depuis quatre semaines, les urines coulent avec beaucoup de peine et de douleur. Tous les huit jours, il y a des évacuations alvines avec grands efforts. Le ventre est très tendu ; on y sent sur la ligne médiane et s'élevant à deux travers de doigt, au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, lisse, bien circonscrite, douloureuse à la pression, facilement déplaçable comme l'utérus dans la grossesse et ne faisant percevoir aucun mouvement. Les fosses iliaques, la droite surtout, sont tuméfiées et douloureuses.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1861, p. 25.

L'examen des parties génitales présentait d'anormal un méat urinaire situé un peu plus bas qu'à l'ordinaire, au-dessous du méat, quatre tubercules de la grosseur d'une tête d'épingle réunis par un repli de la membrane muqueuse qui était saine, enfin entre ces trois tubercules, une dépression occupant la place du vagin et pouvant admettre la moitié d'une aveline.

Une sonde introduite dans l'urèthre y parvient difficilement et demande à être dirigée presque verticalement en haut. Le doigt placé dans l'anus sent, à une hauteur de 3 ou 4 centimètres, une tumeur dure, lisse, comprimant le rectum, donnant la sensation d'un liquide, et remplissant la plus grande partie du bassin. On sent aussi avec le doigt, le cathéter introduit dans la vessie, d'où *il suit que ces deux organes sont contigus, et séparés seulement par une membrane résultant de l'adossement de leurs parois.* Chez Catherine J..., le vagin manquait donc et l'utérus remplissant ses fonctions, retenait le sang menstruel qui distendait les parois de cet organe.

Le 24 juillet, je cherche à augmenter avec le doigt, la dépression mentionnée plus haut. Le lendemain, par une semblable manœuvre, la muqueuse se rompt ; il y a un léger écoulement de sang et de vives douleurs. Le huitième jour, le conduit artificiel a 1 centimètre et demi de profondeur. Pour arriver à la tumeur, je place une sonde dans la vessie, et je la fais soulever en avant par un aide. J'introduis le doigt indicateur gauche dans le rectum, et avec celui de la main droite placé dans le canal de nouvelle formation, je décolle peu à peu le rectum de la vessie et j'arrive ainsi sur un tissu résistant au-delà duquel j'ai la sensation d'un liquide.

Le 2 août, le vagin artificiel a 3 centimètres de profondeur. Le 6, en présence de M. Thomas (de Tours) et Thomas (de Ligueil), j'introduis une *sonde* dans la vessie et le doigt indicateur gauche dans le rectum pour prévenir la lésion de ces organes, puis j'engage la malade à faire des efforts d'expulsion. Je ponctionne la tumeur avec un trocart à hydrocèle, l'instrument traverse un tissu résistant assez épais ; il s'écoule par la canule, peu consistant au

début, puis semblable à de la gelée de groseille, sans odeur désagréable. Sa quantité est de près de deux litres; je pratique ensuite une injection pour entraîner le reste des caillots.

Après l'opération, le ventre est moins volumineux; la matrice est descendue et la malade est soulagée.

Après quelques accidents du côté de l'abdomen, la malade put quitter l'hôpital le 15 septembre. A cette époque, il s'écoule un liquide jaunâtre, peu abondant, mais très-fétide; le vagin est libre; l'ouverture faite à l'utérus persiste. Le 4 octobre, il y eut un écoulement menstruel peu abondant. Pendant les mois de novembre et décembre, bonne santé, mais l'écoulement menstruel ne reparaît pas. J'avais recommandé à la mère de la jeune fille d'introduire tous les deux jours une sonde dans l'ouverture faite à la matrice, mais cette femme introduisait l'instrument dans l'urèthre. Dans les premiers jours de janvier 1846, Catherine commença à éprouver de nouveau des douleurs, sans qu'il s'échappât du sang par le vagin. Le 22 février, je suis appelé auprès de Catherine. L'utérus se présente à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; je sens avec le doigt à 2 centimètres dans le vagin, l'utérus fortement distendu et ne présentant aucune ouverture. Je fais pour la seconde fois la ponction, et j'agrandis l'ouverture par deux incisions latérales. Je aisse une sonde œsophagienne entre les bords de la plaie utérine. Dans les premiers jours de mai, Catherine est guérie. On ne sent plus à travers les parois abdominales le fond de l'utérus ni les tumeurs des fosses iliaques. Deux ans après l'opération, Catherine est bien portante et bien réglée; le vagin est libre. Aujourd'hui Catherine est mariée depuis huit ans; elle n'est jamais devenue enceinte, mais n'a éprouvé aucun trouble du côté des organes génitaux.

Nous devons à l'obligeance de M. Richet l'observation suivante d'un cas d'imperforation double du vagin, opéré par lui, tandis qu'il remplaçait M. Laugier dans son service de la Pitié, en 1854 :

Le 20 juillet dernier est entrée à la Pitié une jeune fille de dix-huit ans, forte et bien constituée. Elle se plaignait d'accès épileptiformes et de douleurs colliquatives dans les lombes et le bas ventre ; elle nous dit n'avoir jamais été réglée. Un premier examen des organes génitaux externes montre une membrane hymen considérablement développée, obstruant complétement l'entrée du vagin, à l'exception d'un pertuis qui permet l'introduction d'une soie de sanglier. L'existence de ce conduit inspire immédiatement la pensée que la rétention des règles, si elle a lieu, ne peut guère provenir de cette disposition anormale, car le pertuis est assez grand pour permettre l'écoulement, au moins incomplet, des menstrues ; du reste, point de saillie déterminée par la présence d'un liquide qui refoulerait les parties molles vers l'extérieur. Il est donc à présumer qu'il existe une imperforation complète plus profondément située.

Quoique dans des cas semblables M. Richet n'opère que lorsqu'il constate la présence d'une tumeur du périnée, tumeur formée par l'accumulation du sang des règles, l'opération lui semble ici indiquée par les symptômes épileptiformes dont nous venons de parler, ainsi que par les coliques et les douleurs des lombes.

Une incision de l'hymen est pratiquée ; les quatre lambeaux sont excisés au moyen de ciseaux courbes, mais absence de sang menstruel; écoulement de quelques mucosités vaginales. L'usage continué pendant quelque temps de mèches de plus en plus grosses, fait bientôt disparaître la disposition anormale indiquée.

Cependant en introduisant le doigt dans le vagin on rencontre à 7 à 8 centimètres de la vulve, un cul-de-sac complet en forme de doigt de gant ; on ne sent pas le col utérin dont la présence avait été constatée par le toucher rectal, mais on ne trouve pas non plus de fluctuation annonçant une rétention du flux menstruel.

Le 7 septembre, un spéculum de dimensions réduites est introduit dans le vagin, après l'introduction préalable d'une sonde dans la vessie, l'un des doigts de l'opérateur est en outre placé dans le rectum. Se servant alors d'un bistouri revêtu de diachylum jusqu'à un centimètre de la pointe, le chirurgien fait une petite inci-

sion transversale sur l'extrémité de l'infundibulum, ce qui permet l'introduction d'un hystéromètre qui rencontre bientôt un second cul-de-sac. L'ouverture est agrandie de manière à permettre l'introduction du petit doigt, qui divise lentement les parties et tombe dans le cul-de-sac; il s'écoule alors dans le vagin des mucosités filantes. Les bords de la plaie ont environ 7 millimètres d'épaisseur. Un cône en éponge préparée est introduit et laissé à demeure dans l'ouverture ainsi pratiquée.

Le 14 septembre l'ouverture est assez dilatée pour permettre l'introduction d'un spéculum ani. L'ouverture est un peu plus étroite que le cul-de-sac qui se trouve en arrière; celui-ci ne se dilate pas beaucoup et se termine par une saillie arrondie, limitée par des bords un peu plus résistants que les parties avoisinantes. Cette saillie n'est autre chose que le col utérin imperforé. Il est permis de supposer qu'il y a ici atrésie de l'utérus, car pendant les jours suivants M. Richet ne put constater la tumeur saillante qui aurait été le symptôme de la retention des règles. Il était donc inutile de pratiquer la ponction du col imperforé.

La malade ayant probablement entendu dire au chirurgien que, à cause même de ce vice de conformation de la matrice, elle n'aurait jamais d'enfant, se fit fille publique, après être restée quelque mois dans le service comme infirmière.

Deux ans après, M. Richet reçut sa visite à sa consultation particulière; il fut fort étonné, lorsqu'il voulut la passer au spéculum, de trouver un vagin permettant l'introduction d'un spéculum de gros calibre, vagin qui d'ailleurs était parfaitement lisse, et tapissé complétement par une membrane muqueuse. La femme s'était toujours bien portée depuis l'opération, et il n'y avait jamais eu trace de menstruation.

M. Lamarque a bien voulu nous remettre cette observation d'une malade opérée il y quelques jours par M. Maisonneuve.

Absence du vagin ; rétention des règles ; opération ; mort. — Mademoiselle R..., âgée de dix-neuf ans, couturière, est entrée le 7 février 1863 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul.

Cette jeune fille a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de dix-sept ans ; à cette époque elle a commencé à souffrir dans les reins et l'hypogastre ; malgré tous les symptômes qui annonçaient une éruption menstruelle, elle n'a rien vu paraître.

Les forces diminuaient, l'appétit se perdait et souvent vers le soir elle était prise d'un mouvement fébrile très-marqué.

Etat actuel : stature petite, membres grêles, seins peu développés, démarche languissante.

A un examen plus approfondi, on constate que le ventre est légèrement tendu ; on sent sur la ligne médiane une tumeur dure, arrondie, s'élevant de trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, mobile mais non fluctuante ; de chaque côté, dans les fosses iliaques on sent deux tumeurs arrondies, moins dures, s'élevant à peu près au même niveau que la première.

La vulve est parfaitement conformée, seulement après avoir écarté les grandes lèvres, on aperçoit l'orifice de l'urèthre situé beaucoup plus bas qu'il ne l'est ordinairement à un centimètre au moins du clitoris. Une sonde introduite par l'orifice pénètre dans la vessie. Le doigt introduit dans le rectum sent la sonde qui n'en est séparée que par une mince couche ; plus en arrière on constate l'existence d'une tumeur grosse comme une pomme, arrondie, et dure, se continuant avec l'utérus dont on sent la face postérieure que le doigt ne peut explorer complétement. Le diagnostic fut : imperforation de la vulve avec absence du vagin et rétention du fluide menstruel.

Il s'agissait de donner issue au liquide ; l'opération fut remise au surlendemain.

Avant d'opérer M. Maisonneuve nous expliqua qu'il allait faire une ponction avec un trocart dans l'espace situé entre l'urèthre, la vessie et le rectum ; pénétrer ainsi jusqu'au col de l'utérus qu'il ponctionnerait également ; introduire dans le trajet ainsi fait un

lithotome double dont il ouvrirait légèrement les branches, en le retirant de manière à couper les brides cellulo-fibreuses qui remplissaient l'espace laissé libre par l'absence du vagin.

Après avoir préalablement chloroformé la malade, M. Maisonneuve procéda à l'opération. Le temps employé à cette opération fut court, elle dura quatre ou cinq minutes à peine. Dès que le lithotome eut été retiré, on vit s'écouler par la vulve un liquide brun et rougeâtre, épais, grumeleux, filant, ressemblant exactement à du chocolat à l'eau très-épais ; il s'en écoula au moins 300 grammes.

Alors sans injection, sans introduire de mèche, on reporta la malade dans son lit.

Le soir, l'état de la malade est très-satisfaisant ; elle se sent soulagée ; dans la journée elle a pris du bouillon et un peu de vin.

Le pouls est normal, le facies calme.

Le lendemain 12, cet état continue, cependant le soulagement remarquable de la veille n'a pas augmenté.

La malade a éprouvé encore quelques-unes de ces coliques qui la fatignaient tant avant l'opération. Cependant elle a pris un peu de bouillon, et nul symptôme inquiétant ne s'est manifesté. La vue est assez bonne.

Le 12, la face est un peu colorée ; la peau moite, le pouls fréquent.

Il y a eu des douleurs de ventre assez vives ; elles s'irradient dans les lombes ; anoréxie, quelques nausées. L'écoulement du liquide retenu dans l'utérus a cessé ; la malade ne mouille pas son linge ; ni pus ni sang.

Le 14, facies altéré ; pâleur remarquable de la face, excepté aux pommettes qui sont colorées. Aspect typhoïde, frissons, vomissements, fièvre vive, léger ballonnement du ventre, coliques et douleurs aiguës, s'irradiant dans les flancs, difficulté d'uriner. Par la palpation on sent encore dans la fosse iliaque gauche une tumeur volumineuse.

Le 15, diarrhée.

Le 16, pouls à 130; fuliginosités, abattement extrême, somnolence.

Le 17, douleurs atroces dans les flancs, dyspnée, pouls petit, filiforme, abattement extrême, aspect typhoïde extrêmement marqué, nausées, vomissements, diarrhée. Mort le 18 à quatre heures du matin.

Anatomie pathologique. — Péritonite légère, quelques fausses membranes font adhérer les anses intestinales dans la moitié inférieure de l'abdomen.

La tumeur médiane est constituée par l'utérus dont le fond présente un sillon antéro-postérieur assez marqué ; de chaque côté on aperçoit deux tumeurs volumineuses de couleur livide, formées par les trompes dilatées.

Les poumons, le foie, la rate, les reins sont dans leur état normal.

On remarque sur la ligne médiane et d'avant en arrière :

1° La vessie volumineuse, peu épaisse. En arrière, l'utérus trois ou quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal; son fond légèrement encavé, présente, au lieu de l'angle arrondi de l'état normal, deux bosselures, celle de droite, plus volumineuse que la gauche; la face antérieure est élargie; on y remarque des tractus cellulo-fibreux, qui font adhérer fortement la face postérieure et péritonéale de la vessie avec cette face antérieure; après avoir détruit ces adhérences on arrive au cul-de-sac vésico-utérin qui est intact; si on enlève le péritoine qui tapisse la face postérieure, on trouve au niveau de sa réflexion, sur le col utérin, du tissu cellulaire suppuré.

La face postérieure de l'utérus est très-large, bombée, adhère fortement aux anses intestinales. Après avoir détruit ces adhérences très fortes, très-nombreuses, on arrive dans le cul-de-sac utéro-rectal qui descend très-bas.

Derrière l'arrière fond de la vessie on aperçoit le col utérin très-volumineux, arrondi, imperforé.

Ce col porte à sa partie antérieure la trace de la ponction qui a été faite avec le trocart.

Au-dessous de ce col on trouve un espace assez considérable limité par des adhérences cellulo-fibreuses refoulées, feutrées et formées presque en membranes; ce trajet qui s'étend jusqu'à la vulve, existe entre la vessie en avant et le rectum en arrière.

Ce dernier organe légèrement dévié à droite, n'est séparé de la vessie que par l'espace ouvert artificiellement par l'opération de chaque côté.

On aperçoit deux poches volumineuses de la grosseur du poing d'un adulte, livides, formées évidemment par les trompes et les ovaires.

Ces trompes, très-dilatées, ont un diamètre de $0^m,01$ à leur insertion utérine, elle s'élargissent ensuite et leur pavillon vient s'insérer dans tout son contour aux ovaires, augmentés de volume et contenant eux-mêmes un liquide noir et poisseux.

Il serait difficile, dans l'état actuel de la science, de poser des règles opératoires sur un sujet encore à l'étude. Cependant, la lecture des observations tend à nous faire croire que les succès seront plus facilement, et avec moins de danger, obtenus par le procédé mixte, c'est-à-dire à l'emploi du bistouri, aidé du décollement.

Cependant nous croyons pouvoir repousser, d'une manière absolue, le procédé suivi par M. Maisonneuve. Ponctionner presque au hasard, ouvrir avec le lithotome qui agit à l'aveugle, un trajet artificiel dans l'épaisseur de la cloison vésico-rectale, quelque épaisse que l'ait faite le vice de conformation qu'on veut combattre, c'est s'exposer presqu'à coup sûr à ouvrir, soit le rectum, soit la vessie; Maissonneuve n'a pas eu ce malheur; mais qui peut assurer d'être aussi heureux une seconde fois. Quel que soit le procédé employé, il y a toujours à craindre ce que montrent presque toutes nos observations; le retrait des parois et la

disparition plus ou moins complète du vagin artificiel.

Ces moyens ne manquent pas, mais ils ne peuvent être employés par le chirurgien que pendant un temps toujours trop court; il est rare que les malades, livrées à elles-mêmes, continuent leur usage avec une persévérance suffisante; heureusement que, parfois, d'autres moyens moins artificiels, viennent dans un autre but aider à l'œuvre du chirurgien et assurer la permanence de la guérison.

DE L'HERMAPHRODISME

DANS SES RAPPORTS

AVEC LES VICES DE CONFORMATION DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN

Il est certaines formes d'hermaphrodismes qui consistent simplement dans un vice de conformation des parties génitales externes, sans modifications plus profondes dans la forme du vagin et de l'utérus; nous n'avons pas à nous en occuper; mais, nous ne saurions passer sous silence certaines anomalies de formation dans lesquelles il y a conformation vicieuse de l'utérus, tenant, comme nous le montrerons, à une évolution anomale des corps de Wolff; non plus que celles où le vagin, par sa déviation du type régulier, vient constituer la plus grande part de l'anomalie, et demander quelquefois avec succès l'intervention active de la chirurgie.

Les limites de temps et d'espace qui nous sont imposées ne nous permettant pas d'entrer dans l'examen des diverses classifications proposées pour l'hermaphrodisme, nous nous occuperons de trois formes principales, que nous classerons, avec la plupart des auteurs, sous les titres, peu satisfaisants du reste, d'hermaphrodismes vrais : 1° latéral; 2° vertical ou double; 3° transverse.

Il est inutile d'insister sur la signification du terme d'her-

maphrodisme vrai. On ne saurait admettre, quelle que soit la conformation des individus, que l'hermaphrodisme humain, analogue à celui de quelques animaux inférieurs, puisse permettre à celui qui présente cette anomalie de procréer des êtres, à la fois comme homme et comme femme.

En général, l'hermaphrodite, même apparent, est inféconds; aussi est-ce avec de grandes réserves seulement que l'on peut admettre l'existence de faits comme ceux qui se trouvent consignés à l'article Hermaphrodite du *Dictionnaire des sciences médicales*, comme celui que cite le savant rapporteur du mémoire de Geoffroy Saint-Hilaire, d'un moine hermaphrodite considéré comme homme, et qui, malgré ses vœux de chasteté, révéla, en accouchant, que son sexe n'était pas le même que celui de ses compagnons de cloître.

Si l'on veut entendre par hermaphrodisme vrai la coexistence réelle d'un utérus et d'une prostate, d'un testicule d'un côté et d'un ovaire de l'autre, en s'appuyant sur le fait anatomique et en faisant abstraction de la physiologie de ces organes anormalement réunis, l'hermaphrodisme vrai existe; non-seulement nous en citerons des exemples irréfutables, mais nous espérons montrer combien il est facile d'expliquer, non pas la cause intime, mais le mécanisme de leur production.

I HERMAPHRODISME LATÉRAL.

Si l'on suppose le corps partagé en deux parties par un plan vertical antéro-postérieur, l'hermaphrodisme latéral sera celui dans lequel il y aura dans un des côtés de ce plan des organes mâles et de l'autre des organes femelles. On a proposé encore les deux subdivisions suivantes : 1° testi-

cule à gauche, avec ovaire à droite ; 2° ovaire à gauche avec testicule à droite. Nous ne les croyons pas utiles, du moins pour ce que nous avons à dire du sujet.

Mode de production. — Revenant brièvement sur ce que nous avons dit au chapitre de l'embryogénie, nous rappellerons en quelques mots comment se forment le testicule, l'ovaire et la trompe.

1° Les tubes ou canaux qui composent le corps de Wolff ont, vers leur extrémité interne qui constitue le bord correspondant de cette glande, un petit renflement glandulaire (glande de la génération) qui constituera soit le testicule soit l'ovaire.

2° Sur le bord externe, qui correspond à l'extrémité ouverte des tubes, se trouve le conduit excréteur du corps de Wolff.

3° Plus en dehors encore : le tube de Müller, d'abord plein, mais qui se creuse plus tard.

Si l'organe générateur placé en dedans du corps de Wolff doit prendre le type mâle, les tubes en cæcum s'allongent, se recourbent, forment l'épididyme ; tandis que le conduit sécréteur formera le canal déférent. Quant au tube de Müller, il s'atrophie et disparaît. L'organe générateur est devenu le corps du testicule.

Si l'organe générateur doit prendre le type femelle, les tubes en cæcum s'atrophient ou ne se développent pas, et forment l'organe de Rosenmuller ; le conduit excréteur auquel ils aboutissaient, s'atrophie comme eux pour former le ligament de l'ovaire, tandis que le conduit de Müller se creuse en canal, s'évase en pavillon, devient la trompe de Fallope. L'organe générateur est devenu l'ovaire.

Ainsi, que ce travail mystérieux dans son intimité et son point de départ, que cette force divinisée comme dernier

terme de nos connaissances humaines ; que cette cause qui, de matériaux identiques, tire des êtres si différents de structure et d'aptitudes, de désirs et de besoins, mais qui tous deux concourent au même but, la conservation de l'espèce ; que cette impulsion vitale, toujours discutée, toujours inconnue, presque toujours admirable, subisse une déviation, éprouve un instant d'incertitude, et nous verrons se dédoubler en quelque sorte la nature humaine, se produire, comme on l'a dit, un être homme à gauche, femme à droite. Que faudra-t-il pour cela ? Qu'un tube de Müller s'atrophie, ou qu'un canal excréteur se développe ! C'est ce qu'il nous faut montrer, et nous le ferons avec des exemples.

I. *Testicule à droite, ovaire à gauche.* — Sue a rencontré, en 1746, un cas d'hermaphodisme latéral sur une jeune personne de treize à quatorze ans, cas qui a été le sujet d'une thèse de Morand (1). Des organes génitaux internes, il existait sur le côté gauche un ovaire très-distinct, un ligament rond qui se rendait à l'aine du même côté, et un tube de Fallope bien conformé et terminé en frange comme à l'ordinaire.

L'autre extrémité du tube de Fallope se terminait dans le fond de l'utérus, qui occupait sa position normale, entre la vessie et le rectum. Sur le côté droit se trouvait un testicule mince et allongé qui s'était porté en arrière vers le canal inguinal correspondant, mais qui ne s'était pas assez avancé pour sortir de la cavité abdominale. A la partie supérieure du testicule se trouvait un corps ressemblant à l'épididyme, et le testicule lui-même envoyait deux tubes qui se réunissaient immédiatement en un seul, avant de s'insérer sur l'utérus. Les organes génitaux externes étaient ceux d'un hypospade mâle, et pendant sa vie le sujet avait

(1) *De l'hermaphrod.* Paris. 1749.

été regardé comme étant du sexe masculin. Le vagin se terminait, entre le scrotum et la racine de la verge imperforée, par une très-petite ouverture qui lui était commune avec le méat urinaire.

A droite, le corps de Wolff a suivi la formation testiculaire ; le conduit de Müller s'est atrophié complétement, il n'y a de ce côté ni demi-utérus, ni trompe. A gauche, le corps de Wolff a suivi l'évolution féminine, il a formé l'ovaire. Le conduit de Müller, continuant à se développer, a donné un utérus et une trompe ; le conduit excréteur s'est atrophié en devenant le ligament de l'ovaire.

Renversons la proposition : prenons à droite ce qui est à gauche, et nous aurons les cas suivants :

II. *Un testicule à droite et un ovaire à gauche* (1). — Le jeune homme qui fait l'objet de cette observation (Jean-Pierre Hubert) mourut à l'hôpital de Dijon, en 1767, à l'âge de dix-sept ans. Du côté gauche, on découvrit un testicule parfaitement normal, les vaisseaux spermatiques, le canal déférent et la vésicule séminale correspondante, tous ces organes occupant la situation habituelle où on les trouve chez l'adulte. La vésicule séminale contenait un liquide de la couleur et de la consistance du sperme. Du côté droit, on découvrit une tumeur kystique, oblongue, couchée dans la fosse iliaque et s'avançant jusque dans la région inguinale. A l'incision il s'écoula un liquide rougeâtre et limpide ; la tumeur consistait en un corps légèrement aplati ; de la partie supérieure de son côté droit partait un court oviducte, et à l'extrémité frangée de ce tube se trouvait un ovaire normal dans son volume, sa consistance et sa configuration. Le corps arrondi auquel s'attachait l'oviducte avait environ un pouce et demi dans sa plus grande dimension, et un pouce dans son plus petit diamètre. Il renfermait

(1) Maret, *Mém. de l'Acad. de Dijon*, t. II, p. 157.

dans son centre une petite cavité continue à celle de la trompe, circonstance qui, jointe à la structure de ses parois, ne laissa pas douter longtemps que le corps lui-même ne fût qu'un utérus imparfait. Aucun autre orifice, sauf celui de la trompe, ne put être découvert dans sa cavité. La surface externe était reliée à l'ovaire par une sorte de ligament. De ce même côté droit du corps il existait aussi une vésicule séminale, mais plus petite et plus ratatinée que celle du côté gauche. Il en partait un canal déférent dont le volume décroissait à mesure qu'on remontait vers son origine et qui finissait par disparaître sans être uni à aucun parenchyme ayant forme de testicule.

Quant aux organes génitaux externes, le pénis avait 4 pouces de long ; il était imperforé, mais, à tous les autres égards, parfaitement conformé. Il était muni d'un corps spongieux, lequel n'existe pas dans le clitoris de la femme. En relevant la verge, on remarqua qu'elle cachait une grande fissure dont les côtés ressemblaient aux grandes lèvres de la femme. Le testicule dont nous avons parlé occupait l'épaisseur de la lèvre gauche ou de la moitié gauche du scrotum ; la moitié droite n'en renfermait aucun. En écartant les deux lèvres l'une de l'autre, on vit deux corps spongieux rouges, ayant l'apparence extérieure des nymphes et semblant formés par les deux côtés de l'urèthre fendu. Entre ces corps et à leur partie supérieure s'ouvrait le méat urinaire comme chez la femme; au-dessous on trouvait un orifice très-étroit, couvert par une membrane semi-lunaire, et présentant sur un de ses bords une petite excroissance assez analogue à une caroncule myrtiforme. Cet orifice conduisait dans un canal membraneux ou dans un cul-de-sac d'un pouce de profondeur et d'un demi-pouce de diamètre. A la partie inférieure de ce canal, on découvrait le vérumontanum et les orifices des deux canaux éjaculateurs.

Pendant sa vie, Pierre a été considéré comme un homme ; mais il ne passe pas pour avoir jamais été porté vers les femmes. Son extérieur était plus délicat que celui qu'on observe habituellement dans le sexe masculin. La face était dépourvue de barbe; le larynx

n'était pas élargi comme chez l'homme ; les mamelles présentaient une large aréole, un volume médiocre et une forme arrondie. Les parties inférieures du corps offraient une configuration plus franchement masculine; on n'y constatait ni l'ampleur des fesses ni la saillie des hanches, dues à la prédominance de la largeur du bassin, qui est l'apanage des jeunes femmes.

Dans cette observation, nous trouvons du côté gauche du corps des organes sexuels mâles, un testicule, un canal déférent, une vésicule séminale. Du côté gauche, par contre, nous avons un ovaire femelle et une trompe de Fallope avec un utérus rudimentaire, le tout joint à une vésicule séminale et à un canal déférent imparfaits.

Nous arrivons maintenant à des formations plus complexes.

III. En 1754 (1), une fille d'environ dix-huit ans mourut à l'Hôtel-Dieu de Paris; Varole fit l'autopsie et trouva sur le côté droit un testicule dans le scrotum. Le scrotum du côté gauche était vide; à la partie interne on trouva un ovaire, une trompe de Fallope, un petit utérus ovale sans col muni d'un ligament large et d'un ligament rond. Les vésicules séminales de droite et l'utérus imparfait communiquaient par un seul canal d'environ un pouce et demi de long. Les organes externes étaient mâles, les mamelles développées comme sur une femme de cet âge.

A droite, un testicule s'est formé, mais la prédominance du sexe féminin a été moins complète que dans le cas précédent; une partie du conduit sécréteur a continué son évolution et a produit une vésicule séminale.

A gauche, un utérus unicorne complet s'est formé avec

(1) *Mém. de la Soc. méd. de Paris*, t. IV, p. 342.

sa trompe et son ovaire; mais les deux tubes différents de nature sont arrivés au contact; leur nature différente n'a pu permettre leur fusion, et une communication transversale s'est simplement établie entre l'utérus gauche et la vésicule séminale droite.

IV. En 1825, le professeur Rudolphi rapporta le cas suivant à l'Académie de Berlin (1). C'était un hermaphrodisme latéral sur un enfant mort sept jours après sa naissance. Sur le côté gauche se trouvait un ovaire manquant de ligament large, un tube de Fallope qui communiquait avec la partie inférieure gauche de l'utérus. La partie droite du scrotum contenait un testicule, surmonté d'une épididyme et d'un canal déférent. Au-dessous de l'utérus on ouvrit un corps ovoïde creusé d'une cavité, que Rudolphi regarde comme la prostate à l'état rudimentaire : *la bouche de l'utérus se termine en bas sur ce corps ovoïde, et sur la droite le canal déférent pénétrait dans sa substance, mais sans s'ouvrir dans sa cavité.* A la partie inférieure de l'utérus se trouvait un vrai vagin qui se terminait en cul-de-sac. Les organes génitaux externes étaient mâles, mais le pénis était divisé inférieurement.

La formation séparée est déjà ici un peu plus complète. Le tube de Müller et le corps de Wolff ont suivi à gauche leur évolution complète donnant un demi-utérus, une trompe, un ovaire. A droite, le conduit excréteur a accompli la sienne; il a formé un testicule; une prostate rudimentaire s'est faite. Les parties génitales mâle et femelle se sont accolées; le travail qui doit faire disparaître la cloison s'est effectué en partie; l'utérus unicorne est venu s'aboucher dans la cavité prostatique analogue de l'utérus, et cette prostate reçoit son canal déférent comme le demi-utérus reçoit sa trompe de Fallope.

(2) *Abhandl. d. König. Akad. der Wissenschaft zu Berlin*, 1825, S. 60.

V. Ce n'est qu'à quarante ans que Marie Derrier ou Charles Doerge (1) prit les habits d'homme.

État des parties constatées à l'autopsie par le professeur Mayer : Comme organes féminins il trouva un utérus, un vagin, deux trompes de Fallope et un ovaire ; comme organes masculins un testicule, une prostate et un pénis. L'utérus était placé en son lieu ordinaire, mais son fond était dirigé un peu vers la gauche. Les organes étaient d'ailleurs très-petits. Les deux trompes, petites, s'ouvraient dans le fond de l'utérus. Près de l'extrémité de la trompe droite se trouvait un corps que l'on reconnut être un testicule : il était complétement enveloppé par le péritoine, et recevait une veine et une artère spermatiques. La trompe gauche, plus courte que la droite, était avoisinée par un corps analogue, et qui ressemblait plus à un ovaire qu'à un testicule. Le pénis avait deux pouces et neuf lignes de long, et pendant la vie était capable d'érection. Il n'y avait pas de corps spongieux. Une fossette ou coulisse représentait en dessous le canal de l'urèthre. Le vagin avait deux pouces et huit lignes de long, et se terminait en haut par une espèce d'isthme spongieux représentant le col imperforé de l'utérus.

Ici le canal de Müller a accompli à gauche son évolution normale ; à droite, la tendance à la création de l'un ou l'autre sexe a été plus incertaine. Le canal excréteur du corps de Wolff s'est annexé la glande génératrice et les tubes en cæcum, il est devenu un testicule ; mais le conduit de Müller, comme influencé par le développement sexuel de l'autre côté, a continué son évolution et a formé isolément une trompe de Fallope.

Nous pouvons rapprocher de ces faits celui de M. Follin, que nous croyons devoir rapporter *in extenso* à cause de

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1836, n° 39.

l'importance que lui donne l'exactitude et l'autorité des observateurs.

VI. Follin (1). *Testicule à gauche, ovaire à droite.* — L'hermaphrodite dont je vais rapporter l'histoire était âgé d'une cinquantaine d'années environ. Né à Fruges dans le Pas-de-Calais, et inscrit à la municipalité de cette ville sous le nom d'Angélique Courtois, il succomba dans l'été de 1848, rue de la Licorne 31. L'incertitude que manifestèrent ses parents quand il fallut déclarer son sexe, engagea M. le maire du 9e arrondissement à charger M. le docteur Riembault d'examiner le cadavre de cet individu. Cet obligeant confrère voulut bien me laisser pratiquer avec lui l'examen anatomique d'Angélique Courtois, et je dois à sa grande complaisance d'avoir pu disséquer dans leurs plus grands détails les organes génitaux de cet hermaphrodite.

Ici, comme dans la plupart des cas de ce genre, la mort seule vint apprendre au médecin la curieuse conformation de cet être singulier. Aucune étude psychologique n'a donc pu être faite; mais j'ai recueilli auprès de la sœur d'Angélique Courtois des renseignements dignes de fixer l'attention des médecins légistes.

Angélique, qui à sa mort exerçait le métier de marchand de pipes, porta jusqu'à l'âge de dix-huit ans des vêtements de femme, mais ce costume ne paraissait convenir ni à ses goûts ni à sa tournure; aussi vint-elle à Paris pour se faire examiner et proclamer homme. Elle se rendit alors, vers 1828, chez un des chirurgiens les plus considérables de l'époque, chez Ant. Dubois, et lui demanda un certificat qui la rendît à son véritable sexe.

J'ai pu me procurer le certificat donné par ce chirurgien à Angélique Courtois, et je vais en citer quelques extraits :

« Aujourd'hui, 12 du mois d'août 1828, s'est présentée à moi la nommée Angélique Courtois, demeurant à Paris, rue du Geindre, 28.

(1) *Gaz. des hôp.*, 4 décembre 1851, p. 561.

» Elle a réclamé de moi une attestation qui constate son sexe, parce qu'on croit qu'il y a eu erreur lors de sa naissance dans la déclaration qui a été faite à la municipalité de Fruges, au département du Pas-de-Calais. Cette déclaration l'a présentée sous le nom d'Angélique Courtois, du sexe féminin.

» Après l'avoir examinée, j'atteste qu'Angélique Courtois est un individu du sexe masculin, ayant tous les caractères de la virilité. Il y a seulement chez lui un vice de première conformation, que l'on désigne sous le nom d'hypospadias. Mais d'ailleurs toutes les parties de la conformation de l'homme se remarquent en lui, particulièrement les deux testicules. »

C'est chose curieuse de vérifier vingt ans plus tard le diagnostic d'un homme aussi instruit que A. Dubois, de montrer ce qu'il y avait de vrai dans ces assertions, et ce qu'elles contenaient d'erroné. Cette lumière portée sur le diagnostic par l'autopsie, m'excusera d'être entré dans ces particularités de la vie d'Angélique Courtois.

Forte du certificat de Dubois, Angélique revêtit un costume d'homme, et elle ne l'abandonna point jusqu'à sa mort.

Sa sœur m'a assuré que jusqu'à l'âge de vingt ans, Angélique n'avait point été réglée, et jamais elle n'a appris, que plus tard cette fonction se soit établie.

Angélique n'a jamais contracté de mariage, mais elle eût pu se faire passer pour homme. C'était du reste un individu sobre, de mœurs assez douces, et qui ne paraissait pas porté vers les femmes.

Pour bien comprendre cette personnalité douteuse, il fallait jeter un regard en arrière. Je vais maintenant pénétrer dans les détails intimes de cette rare organisation,

L'aspect extérieur du cadavre trahissait tout d'abord des formes masculines ; il était grand et ses saillies musculaires se dessinaient fortement sous la peau. Il portait peu de barbe, et ses mamelles étaient plus développées qu'à l'état normal chez l'homme.

Un examen rapide de la région génitale externe porte naturellement l'esprit vers l'existence du sexe masculin. Ainsi une sorte de verge, appendice d'un assez fort volume, l'absence de fente vul-

vaire, et plusieurs autres particularités encore ont pu laisser croire qu'il n'existait là que des attributs légèrement déformés de ce sexe.

L'organe qui frappe d'abord les regards, et par son volume et par sa ressemblance avec le pénis, c'est un corps situé à la partie supérieure de la région génitale externe, au-dessous du pénil. Il est formé de plusieurs parties qui lui donnent avec la verge une analogie complète. Ainsi on y trouve un gland couvert d'un prépuce et supporté par un corps de 5 à 6 centimètres de long. Le gland, de forme conique, a 1 centimètre et demi de son sommet à sa base. Sa couronne, nettement séparée du reste de la verge, se fait remarquer par un développement assez grand des papilles. Une dépression limite, comme à l'état normal, la base du gland du reste de l'organe. Un prépuce, formé par un repli circulaire de la peau, entoure à peu près complétement la base du gland, qui reste aussi à découvert, mais le capuchon préputial peut être ramené aussi facilement sur le gland et lui former une enveloppe.

Le gland diffère d'un gland normalement constitué en ce qu'il est imperforé; on n'y trouve absolument aucune ouverture, mais de sa face inférieure, on voit naître une espèce de rigole, à bords peu élevés, située sur la ligne médiane, plus large en bas qu'en haut, et qui aboutit en arrière à un orifice légèrement rosé, de 2 millimètres de large, situé à 2 centimètres et demi de la racine de la verge. Le sillon est évidemment un reste de la scissure médiane primitive; il indique le défaut de formation de la paroi inférieure de l'urèthre; il constituerait, s'il n'était lié à d'autres anomalies, ce vice de conformation qu'on appelle hypospadias.

L'ouverture c'est le méat urinaire.

En arrière d'elle, on voit une légère dépression médiane, sillon qui s'étend jusqu'à l'anus.

Les parties situées sur l'axe médian sont circonscrites latéralement par deux saillies qui ne ressemblent pas tout à fait à des grandes lèvres, mais qui diffèrent aussi d'un véritable scrotum. Aussi, de chaque côté de la ligne médiane, il existe deux soulèvements de la peau par les parties profondes sous-jacentes. Les saillies sont à

peu près ovoïdes, verticalement situées et revêtues par une peau brunâtre, ridée comme celle qu'on voit au scrotum, et recouverte de poils, surtout en dehors.

On ne perçoit pas manifestement les testicules dans leur intérieur, seulement voici ce que montre une observation attentive : à droite, on ne sent aucune masse dure et isolée dans cette saillie scrotale ou dans cette grande lèvre, mais à gauche, vers la partie supérieure, on constate la présence d'un noyau plus dur que le reste, et sur la composition duquel un examen anatomique minutieux pourra seul jeter de la lumière. C'est ce petit corps globuleux qu'A. Dubois désignait avec raison, selon nous, comme un testicule.

Tout cet appareil génital externe est surmonté par une saillie revêtue de poils fort analogue au mont de Vénus chez la femme.

Rien ne représente les petites lèvres, et il n'y a point de fente vulvaire.

Un tel examen dispose à croire qu'il s'agit là d'un individu du sexe masculin, dont les organes ont seulement offert un léger vice de conformation. Grande eût été l'erreur si l'on se fût arrêté à cette idée, et de l'examen de ce fait, comme de plusieurs autres encore, il me paraît juste de conclure qu'il n'y a pour l'hermaphrodisme de *diagnostic certain qu'à l'autopsie.*

Mais en poursuivant cette dissection elle montre que les saillies situées de chaque côté de l'axe médian, grandes lèvres ou scrotum, ne contiennent que du tissu cellulo-graisseux. C'est à ce tissu, plus épais en arrière qu'en avant, qu'elles doivent leur forme ovoïde. En soulevant de chaque côté le coussinet cellulo-graisseux, on trouve les deux corps caverneux. Les corps caverneux sont volumineux ; ils ont 6 centimètres de longueur, et ils naissent de chaque côté par un faisceau distinct qui prend insertion sur le bord antérieur et la face interne de la branche ascendante de l'ischion. De là ils s'étendent en avant, en convergeant les uns vers les autres, et s'unissant de façon à former le corps d'une véritable verge. Puis

ils s'enfoncent dans le gland et conservent avec lui les rapports qu'on leur connaît dans l'homme.

Ces corps caverneux ont une enveloppe extérieure fibreuse, très-résistante, et à leur intérieur on trouve un tissu érectile bien développé, de telle sorte que cet appareil devait jouir de toutes les propriétés des tissus érectiles. L'urèthre est placé au-dessous de ces corps caverneux, et il suit un trajet creusé dans la gouttière que, par leur accolement, ils forment à la partie inférieure.

Cette première dissection ne précise pas la nature du sexe. La difficulté sera peut-être levée par l'autopsie de l'abdomen.

Après avoir incisé la paroi abdominale antérieure, je n'aperçus dans la cavité du petit bassin aucune disposition précise qui me permît de résoudre immédiatement la question. Toutefois, en cherchant à constater ce qui était contenu entre la face postérieure de la vessie et la face antérieure du rectum, je sentis un corps dur, mal limité, et qui tout de suite me fit soupçonner l'existence d'un utérus. Mais un examen plus complet devenait nécessaire.

Afin de mettre dans cette description un certain ordre, je ferai connaître d'abord ce qu'on trouvait d'avant en arrière sur la ligne médiane dans la cavité du petit bassin; puis j'examinerai ce que la dissection révélait sur les parties latérales.

A. Derrière la symphyse pubienne, on rencontre une vessie d'une assez grande capacité. Cette poche se termine par un col assez large, auquel fait suite un urèthre qui s'ouvre en dehors comme nous l'avons vu.

Un peu en avant du col de la vessie, sur la paroi inférieure de l'urèthre, on voit une très-petite ouverture arrondie qui laisse passer une sonde n° 6 : c'est l'ouverture du vagin. Ainsi, chose rare, le vagin s'ouvre ici dans l'urèthre. Si la menstruation se fût développée chez A. Courtois, la conséquence de cette curieuse disposition eût été l'écoulement du sang des règles par l'urèthre, et l'esprit du médecin se fût naturellement porté vers l'idée d'une hématurie; on eût rencontré là, créé par la nature, ce que j'ai souvent vu reproduit artificiellement dans la guérison de certaines

fistules vésico-utéro-vaginales avec communication de la cavité utérine avec la cavité vésicale.

En arrière de la vessie, la dissection a séparé des replis péritonéaux qui le cachaient un véritable utérus. Il n'y a aucun doute à émettre sur la nature de cet organe.

Sa forme est régulièrement triangulaire, la cavité parfaitement lisse et même veloutée à son intérieur, mesure environ 3 centimètres et demi de longueur ; elle offre trois angles, deux supérieurs et latéraux qui se dirigent vers les trompes, et un inférieur qui communique avec la cavité du col.

Cette cavité du col est reconnaissable aux plicatures obliques qui forment là un véritable arbre de vie.

Séparée de la cavité du corps par un léger rétrécissement, la cavité du col est irrégulièrement ovalaire, et possède au niveau de son plus grand renflement un centimètre et demi de largeur. Il n'existe aucune trace du museau de tanche, et sans délimitation marquée on voit naître de l'utérus un vagin de 6 centimètres de longueur, sans colonnes rugueuses, mais criblé d'une infinité de petits pertuis glandulaires.

Ce vagin, dont le calibre laisse pénétrer facilement un doigt de moyen volume, s'ouvre, comme je l'ai dit, à 3 centimètres du col vésical sur la paroi inférieure de l'urètlire.

En arrière de l'utérus on trouve un rectum normalement conformé, dont l'anus entouré de poils s'ouvre à 6 centimètres de l'ouverture uréthrale.

Jusqu'alors je n'ai à noter aucun excès dans le nombre des parties, car, dans ce qu'on a nommé le segment moyen des organes génitaux, il n'existe qu'une disposition féminine nettement tranchée. J'ai dû toutefois rechercher si, comme dans un cas très-remarquable publié par M. Bouilland, on ne trouverait pas quelque organe analogue à la prostate. Il n'en existait pas plus de traces que des vésicules séminales ni des glandes de Cowper. En dehors et en arrière du vagin on ne voyait qu'un tissu aréolaire abondamment rempli par un lacis veineux.

Voilà tous les organes qu'une dissection attentive m'a permis de constater sur la ligne médiane de la cavité pelvienne.

B. De chaque côté de l'utérus partent des téguments dont la disposition est différente à droite et à gauche.

A droite on trouve un véritable tégument large avec ces trois ailerons. L'ovaire seul fait défaut.

Lorsque ce tégument est étendu, on lui trouve transversalement 8 centimètres de largeur. Les trois ailerons sont à peu près disposés comme à l'état normal. Ainsi l'antérieur est soulevé par un ligament rond de 12 centimètres de longueur, qui gagne l'orifice interne du canal inguinal et aboutit, dans l'étendue de ce canal, à une petite poche séreuse de la grosseur d'une noix. Cette poche est seulement recouverte par l'aponévrose du muscle grand oblique ; elle ne contient aucun organe.

L'aileron moyen est représenté par une bride fibreuse qui, par sa position et ses rapports, ne peut être autre chose que le ligament de l'ovaire, mais ce dernier organe n'existe pas on n'en trouve aucun vestige. Seulement, entre l'aileron moyen et l'aileron postérieur, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on peut facilement isoler du milieu des vaisseaux quelques-uns de ces canalicules tubuleux et légèrement flexueux, connus sous le nom d'organe de Rosenmuller, et auxquels j'ai consacré quelques études dans ma thèse inaugurale.

L'aileron postérieur est constitué par une trompe longue de 12 centimètres, terminée à son extrémité libre par quelques franges assez réunies ensemble pour ne laisser qu'un petit pertuis à la place d'un pavillon largement ouvert. Cette trompe n'est perméable que dans les trois quarts externes de son étendue. J'ai essayé vainement de l'injecter avec un liquide coloré, jamais je n'ai pu faire pénétrer ce liquide jusque dans l'intérieur de la cavité utérine.

A gauche de l'utérus, il n'existe pas de ligament large; un long cordon part de l'angle supérieur gauche de l'utérus et va, traversant le canal inguinal, aboutir au-dessous de son orifice externe, dans

une poche à parois épaisses qu'on sentait à travers la peau, un peu au-dessus et en dehors de la grande lèvre gauche, là sans doute où Antoine Dubois avait cru trouver un testicule retenu à l'anneau.

Le long cordon est formé de deux éléments, la trompe et le ligament rond. Je vais successivement examiner la poche séreuse qu'on constate en dehors du canal inguinal, et ce qu'elle contient.

En disséquant avec soin cette masse lobulée, du volume d'une grosse noix, qui ressemblait assez bien à un paquet graisseux, je la trouvai rugueuse en dehors et creusée en dedans d'une cavité lisse, large de 4 centimètres environ et subdivisée en plusieurs compartiments communiquant tous les uns avec les autres. De cette cavité isolée et qui ne se prolongeait pas dans le canal inguinal, je pus faire facilement sortir une masse composée de deux parties; l'une c'était une trompe, l'autre un organe sur la nature duquel il ne me paraît pas possible de douter, c'était un véritable testicule.

La trompe n'est méconnaissable pour personne, elle est représentée par une extrémité régulièrement frangée. Ce pavillon est percé à son centre d'un large ouverture qui laisse facilement pénétrer un stylet et permet d'injecter jusque dans l'utérus un liquide. Cette trompe est presque du double plus longue que celle du côté opposé, et cette extension est évidemment due à sa hernie en dehors du canal inguinal.

A côté de ce pavillon de la trompe, dans l'épaisseur d'un feuillet séreux, se trouve un organe qui, par ses rapports et sa forme extérieure, semble devoir être un ovaire, mais l'analyse anatomique que j'en ai faite m'a révélé dans sa structure les caractères les plus évidents d'un testicule.

Cet organe est ovoïde ; il a 2 centimètres dans son plus grand diamètre et 1 centimètre et demi dans son plus petit, Il est lisse dans la plus grande partie de son étendue, et semble recouvert par une véritable séreuse, sous laquelle on trouve une fibreuse qui lui forme une enveloppe complète. En un point pénètrent les vaisseaux sanguins qui l'alimentent.

Avant d'examiner la structure de ce singulier corps, mon esprit

s'était arrêté à l'idée d'un ovaire, et je croyais trouver là ce tissu fibreux, blanchâtre, plus ou moins dense, renfermant ou non des vésicules, mais à mon grand étonnement il n'en fut rien. La matière qui constituait le tissu utérin de cet organe était grisâtre, molle et filamentense ; elle se laissait facilement amener au dehors par une pince, et l'on pouvait aisément l'étendre en longs filaments parfaitement isolables les uns des autres, d'égal volume, plus ou moins disposés en houpe. Devant une telle structure, qu'un simple examen à la loupe démontrait si bien ; je ne pus guère hésiter à penser qu'il s'agissait là de la matière tubuleuse d'un testicule. J'appelai à résoudre la question mon excellent ami M. Charles Robin, dont personne n'ignore les profondes connaissances histologiques. Il voulut bien reprendre avec moi l'étude de ce corps singulier ; il l'examina à la vue simple, exécuta plusieurs préparations microscopiques, et de ces recherches il est persuadé comme moi qu'il s'agit bien là d'une véritable substance testiculaire. Ainsi à un faible grossissement de 10 diamètres on distingue nettement les tubes, leurs contours, leurs nombreuses flexuosités, et assez souvent on constate bien leur terminaison en cul-de-sac arrondi. J'ai fait représenter les différents aspects de ces canalicules.

Les tubes sont très-nombreux, ils forment presque à eux seuls toute la substance de l'organe, mais à l'aide d'aiguilles fines, et sous l'eau, on peut facilement isoler tous ces canalicules dont la réunion constitue des agglomérations sans formes distinctes.

A un grossissement de cinquante à soixante fois, on constate déjà la coloration jaunâtre du contenu de ces tubes. A l'aide de plus fortes lentilles, on s'assure qu'ils renferment, comme les tubes séminifères normaux, surtout ceux des vieillards dont l'organe est inactif et flétri, deux éléments, l'un l'épithélium, l'autre une matière formée de granulations jaunâtres de volume très-variable, plus ou moins irrégulièrement arrondies. L'épithélium est assez petit et formé de globules ronds.

Par l'aspect de leur contenu, ces tubes ne diffèrent en rien des tubes séminifères, car l'examen de tubes séminifères normaux

ne nous a jamais démontré l'épithélium cylindrique décrit Henle, Huschke, etc. Toujours j'y ai rencontré de petites cellules arrondies, pourvues d'un noyau assez étroit, parfaitement transparentes.

La terminaison en cul-de-sac a déjà été vue par plusieurs anatomistes, et Muller entre autres.

J'ai mesuré avec le plus grand soin un grand nombre de ces canalicules, et voici ce que j'ai trouvé, Leur calibre est assez variable et peut s'étendre de 10/80 de millimètre à 15/80 de millimètre. Du reste, ils semblent égaux en volume dans toute leur étendue. L'examen comparatif fait sur des tubes séminifères normaux m'a donné de 15/80 à 30/80 de millimètre. Mais on doit se rappeler qu'il s'agit ici d'un organe atrophié qui ne peut livrer au dehors son produit sécrété.

Au milieu de ces canalicules tubuleux, on ne trouve que de rares vaisseaux sanguins.

Je ne pense pas qu'après un tel examen, il puisse rester le moindre doute. Jamais on n'a rencontré dans l'ovaire une semblable disposition tubuleuse, et l'on est nécessairement forcé de reconnaître qu'on a sous les yeux un testicule véritable, quoique imparfait dans certains détails de son organisation.

En résumé, pour caractériser cet hermaphrodite, et en divisant, à l'exemple d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, l'appareil génital en trois segments, je dirai que le segment externe, de nature douteuse, se rapprochait davantage du type masculin, que le segment moyen (utérus, vagin, et ajoutons les trompes) était essentiellement féminin, et qu'enfin le segment profond, mais d'un seul côté, était certainement masculin.

II. HERMAPHRODISME VERTICAL OU DOUBLE.

Nous supposons que sur une même ligne verticale, c'est-à-dire du même côté, il s'est formé un organe mâle et u organe femelle.

Nous n'avons besoin maintenant que d'une très-courte explication pour faire comprendre le mécanisme de cette anomalie. Le conduit de Müller et le canal excréteur du corps de Wolff du même côté se sont tous deux développés. Le tube de Müller a formé la trompe et l'utérus; le conduit excréteur a donné l'épididyme et des vésicules séminales. Si les tubes en cæcum restent attachés au conduit de Müller, l'organe générateur devient un ovaire; s'ils restent attachés au conduit excréteur, l'organe générateur devient un testicule; mais si nous trouvons du même côté un testicule, une trompe de Fallope et même un utérus, nous ne saurions y trouver en même temps un ovaire bien développé.

VII. Sur un hypospade mâle, Columbus (1) trouva deux corps analogues aux testicules, et qui occupaient la place des ovaires : de chacun partait un tube, dont l'un, comme le canal déférent, passait sur la racine du pénis, et venait s'ouvrir dans l'urèthre; tandis que l'autre, comme une trompe de Fallope, s'insérait sur l'utérus. La prostate manquait.

Les conduits de Müller et les canaux excréteurs se sont également développés. Les premiers ont donné l'utérus et les trompes, les seconds les canaux déférents qui se réunissent dans l'urèthre. Les tubes en cæcum, les organes générateurs, comme incertains sur le canal auquel ils devaient appartenir, sont restés sans caractère défini.

VIII. Harvey (2) mentionne le cas d'un embryon hermaphrodite sur lequel il trouva un utérus bicorne, deux testicules très-petits, et près d'un petit pénis, quelques traces de la prostate.

(1) *De re anat.*, liv. XV.
(2) *De gen. anim.*, exerc. XIX, p. 304.

La partie inférieure seule des conduits de Müller s'est développée pour former un utérus bicorne. Les corps de Wolff ont donné naissance à deux testicules dont les conduits arrivent dans une prostate.

IX. L'observation de Petit (de Namur) (1) est plus complète. Sur le corps d'un soldat âgé de vingt-deux ans, coexistant avec une disposition mâle des organes génitaux externes et une absence des testicules, on trouva des trompes de Fallope et un utérus dont le col était fixé sur la vessie et s'ouvrait dans l'urèthre près du col de la prostate.

Par sa forme, cet utérus imparfait méritait plutôt, suivant Petit, le nom de vagin que le nom d'utérus. Aux trompes étaient adjoints deux testicules, avec leur épididyme et leur canal déférent. Les vésiculess séminale placées le long de l'utérus, s'ouvraient dans l'urèthre par deux canaux.

Dans une note, Petit ajoute qu'il a été consulté une fois par un homme qui rendait tous les mois du sang par le pénis, sans douleur et sans symptômes graves. Il avait probablement, dit l'auteur, un utérus invisible.

Les canaux de Müller se sont développés, mais les corps de Wolff ne les ont pas suivis dans leur développement; ils sont restés attachés au développement de leur conduit excréteur, qui a donné naissance à deux testicules, deux canaux déférents, une prostate, lesquels reçoivent leurs vaisseaux comme dans l'état normal. Il y a deux trompes, mais il n'y a pas d'ovaire. Les cas suivants ont assez d'analogie avec les précédents pour que nous les citions sans nous expliquer sur leur signification.

(1) *Hist. de l'Acad. roy. des scienc.*, 1720, p. 38.

Le professseur Ackermann (1), d'Iéna, et Steghlener (2) rapportent des cas semblables, mais offrant un moins grand intérêt que le cas précédent.

Les cinq cas suivants sont rapportés par Mayer (3) qui les a vus lui-même et qui en a disséqué les pièces.

X. Sur un fœtus de quatre mois, affecté d'omphalocèle et d'exstrophie de la vessie, il trouva des testicules avec leurs épididymes et un utérus bicorne, se terminant par un vagin qui s'ouvrait à la partie postérieure de la vessie. Un testicule gauche portait un canal déférent qui venait s'ouvrir dans le vagin, le droit était plus court, filiforme, et se perdait près de la corne correspondante de l'utérus. Le gland du pénis était imperforé.

XI. Sur un autre fœtus de six mois, les organes mâles internes et externes étaient parfaitement développés, mais derrière eux se trouvait un utérus imparfait, bicorne, la corne droite plus longue, la gauche plus courte et sacciforme. — Le col de l'utérus s'ouvrait dans un vagin qui se terminait dans l'urèthre près de sa sortie de la vessie.

XII. — Dans un troisième cas, Mayer trouva sur un enfant de six mois, mort de convulsions, la disposition suivante : Les organes mâles internes étaient présents, les deux testicules, avec leurs épididymes, leurs canaux déférents et leurs vésicules séminales. Il y avait un utérus parfaitement développé, avec ses ligaments, ses trompes de Fallope qui suivaient les testicules à travers les canaux inguinaux, et un vagin qui s'ouvrait dans l'urèthre près de son orifice externe. Les canaux éjaculateurs des vésicules séminales s'ouvraient dans le vagin. Les trompes de Fallope se terminaient en cul-de-sac près des testicules.

Les parties génitales externes pouvaient se rapporter, soit à un

(1) *Infantis androgyni hist.* (*Edimb. med and surg. Journ.*, vol. III, 202).

(2) *De Hermaphr. nat.*, p. 104.

(3) *Icone sclect.*, p. 8-16.

hypospadias mâle, soit à la conformation normale de la femme avec un clitoris très développé mais sans nymphes. Les os des iles présentaient un large diamètre.

XIII et XIV. Les deux autres cas, rapportés par le même auteur, ne diffèrent de celui que nous venons d'analyser qu'en ce qu'ils ne présentaient qu'un testicule coexistant avec un utérus imparfait.

HERMAPHRODISME TRANSVERSE.

Le corps est supposé partagé par un plan transversal en deux parties, l'une postérieure, l'autre antérieure. Les organes génitaux internes sont ceux de l'homme, les organes externes sont réellement ceux de la femme.

L'explication est aussi assez facile. On sait, en effet, que la formation des parties génitales externes est tout à fait indépendante de la formation des organes internes. Les uns pourront se développer suivant un type et les autres suivant un type tout différent. C'est ce que vont nous montrer les observations.

XV. Sheghelner (1) a observé sur le corps d'une femme qui mourut phthisique à l'âge de vingt-trois ans, les particularités suivantes : Les organes génitaux externes étaient tous conformes au type femelle, et généralement bien configurés ; toutefois le clitoris et les nymphes étaient peut-être plus petits qu'à l'état normal et l'orifice du vagin était un peu resserré, demi-fermé par une membrane hymen. La fosse naviculaire était parfaitement distincte, et le vagin normalement situé, mais extrêmement court et étroit. Sa surface interne présentait une apparence de rides transversales et

(1) *Tract. de hermaphr. natura*, p. 120.

longitudinales, mais son extrémité supérieure formait un cul-de-sac au delà duquel on ne trouvait pas de traces d'utérus, pas de vestiges quelconques des autres organes génitaux internes de la femme, des ovaires et des trompes de Fallope. Un examen plus minutieux montra un testicule muni de son cordon spermatique dans l'une et l'autre région inguinale, placés en dehors de l'anneau externe, et coiffés de leur muscle crémaster et de leur tunique vaginale.

Ces testicules étaient flasques et petits, mais leur structure et celle des épididymes étaient normales. Les canaux déférents assez minces qui en partaient entraient dans l'abdomen, descendaient dans le bassin et s'accolaient derrière la vessie aux deux vésicules séminales de volume considérable. Leurs canaux éjaculateurs s'ouvraient dans le vagin ; la forme du thorax, du bassin et du corps en général était féminine; les mamelles et les mamelons étaient bien développés; mais le larynx semblait former une saillie plus considérable que chez la femme et la voix se rapprochait par son timbre de celle de l'homme. Il n'y avait jamais eu de pertes menstruelles, mais on avait observé régulièrement, dit-on, un malaise hémorrhagique accusateur. Quelques tumeurs hémorrhoïdaires occupaient le pourtour de l'anus.

A l'extérieur, le feuillet tégumentaire s'est creusé pour former la partie vulvaire du vagin destinée à s'aboucher avec la partie utérine provenant du développement des tubes de Müller; mais, à l'intérieur, la formation des organes profonds s'était faite suivant le type mâle; de là des testicules dans le canal inguinal, petits mais bien conformés, un épididyme, des vésicules séminales très-grosses, des conduits éjaculateurs s'ouvrant dans le vagin.

Les mêmes particularités se remarquent dans le cas suivant :

XVI. Maria E. Arsano, morte à l'âge de quatre-vingts ans dans

une des plus pauvres maisons de charité de Naples, fut réputée femme pendant sa vie et mariée comme telle. On n'avait jamais soupçonné le vice de conformation, et on ne le découvrit qu'accidentellement en préparant le cadavre pour une démonstration anatomique dans l'amphithéâtre du professeur Ricco, qui aussitôt disséqua soigneusement les parties, en présence des professeurs Sarrentino et Grossetti. L'observation fut publiée par Ricco (1).

Les organes externes de la génération étaient ceux d'une femme dans leur état normal ou naturel. Le mont de Vénus offrait des poils peu touffus, les grandes lèvres étaient conformées naturellement ainsi que les nymphes, le clitoris, absolument imperforé, présentait la grossesse ordinaire du même organe chez la femme adulte; l'orifice de l'urèthre était situé en bas du clitoris, l'ouverture du vagin offrait ses diamètres habituels. L'orifice de la vulve était normal, le canal de l'urèthre présentait sa longueur ordinaire, l'orifice du vagin ne laissait voir aucun vestige d'une membrane hymen ; en d'autres termes, il était dépourvu de caroncules myrtiformes. Le conduit vaginal mesurait environ deux pouces de long, mais il était dépourvu de rides et se terminait par une extrémité complétement close ou par un cul-de-sac. L'utérus manquait complétement ainsi que les trompes de Fallope et que les ligaments utérins.

Les organes internes de la reproduction se rattachaient complétement au sexe masculin. Les deux testicules étaient situés dans la région des pubis et se détachaient à peine des anneaux inguinaux. Ils offraient leur figure ovoïde habituelle et leur volume normal. A l'intérieur, ils étaient constitués par des *tubuli* séminifères mal développés. Les cordons spermatiques étaient tout à fait normaux dans leur constitution, dans le trajet et l'origine de leurs vaisseaux sanguins. L'artère spermatique naissait à droite de la rénale, comme de coutume; la veine correspondante, après avoir formé le plexus pampiniforme, s'ouvrait dans la veine cave inférieure. A gauche

(1) *Cenno storico su di un neutro uomo*, p. 517.

l'artère naissait de l'aorte, et la veine se terminait dans l'émulgente. Les épididymes présentaient leur aspect vermiforme; les canaux déférents qui en partaient se dirigeaient vers leurs vésicules séminales et se terminaient par une expansion membraneuse amincie, sans aucun orifice externe ou sans canaux éjaculateurs. Les vésicules séminales étaient placées entre le réservoir urinaire et le rectum; plus petites et plus étroites que celles d'un homme adulte, elles avaient gardé sensiblement leur forme oblongue. La disposition tubuleuse de leur cavité était peu distincte. La prostate manquait. La vessie, les urèthres, le rectum et les autres viscères intestinaux, les vaisseaux sanguins de l'abdomen, aorte et veine cave étaient, paraît-il, complément normaux.

La tête du sujet avait son volume ordinaire, le cou était long, la taille moyenne. La périphérie du thorax était assez étendue pour égaler presque celui d'un homme, malgré la présence de mamelles bien prononcées. La face, quoique entièrement dépourvue de barbe, n'avait une expression ni féminine, ni virile, mais offrait plutôt le caractère mixte que l'on voit chez les eunuques. Le bassin ne différait de celui d'un homme ni dans sa forme, ni dans ses dimensions; les membres étaient ceux d'un homme. D'après les renseignements recueillis après la mort, la voix était grave, le tempérament vigoureux et robuste. Il n'y avait jamais eu de menstruation, mais l'habitude des occupations domestiques avait féminisé le caractère, et le mariage avait été spontané.

D'autres fois les parties externes sont celles de l'homme, les organes internes sont ceux de la femme.

XVII. Le sujet du cas décrit par Eschricht (1) était un enfant mort peu de temps après sa naissance; ses organes génitaux externes étaient mâles, tandis que les internes étaient femelles. Le pénis et le scrotum étaient bien développés; mais le raphé ordinairement situé sous ce dernier, faisait défaut. Le canal uréthral était facile-

(1) *Müller's Archiv für Anatomie*, etc., 1836, Helft II.

ment traversé par une sonde qui pénétrait dans la vessie. Le gland était remarquable par sa petitesse. Le prépuce était facilement entraîné en arrière. On ne put trouver de testicules dans le scrotum, tandis qu'à l'intérieur se rencontrait un utérus avec des trompes de Fallope et des ovaires. L'utérus avait environ 1 pouce de hauteur, et avait sa forme ordinaire. Il contenait une cavité rugueuse, mais sans orifice inférieur, ni vagin. Son col imperforé était solidement fixé à la partie postérieure de la vessie, tandis que son fond était dirigé en arrière et regardait un peu à gauche. De la partie gauche du fond partait une trompe de Fallope tordue, courant dans le ligament large, qui contenait un corps oblong, regardée par le chirurgien comme un ovaire. Sur le côté droit on découvrit un autre trompe et un autre ovaire, complétement séparés du corps de l'utérus.

L'enfant avait de plus un anus imperforé, et le rectum était ouvert dans la vessie.

La verge était creusée d'un canal uréthral arrivant dans la vessie ; l'utérus, sans vagin, était imperforé dans son col ; mais s'il possédait deux ovaires et deux trompes, il n'y avait pas de testicule.

Enfin, nous croyons devoir citer avec détails l'observation de Bouillaud, qui est l'histoire d'un des cas les plus complets de cette variété d'hermaphrodisme :

XVIII. Le nommé Valmont, chapelier, âgé de soixante-deux ans, veuf, de petite taille, entre à la Pitié, le 6 avril 1832, dans le service de M. le docteur Bouillaud. Il est atteint de choléra algide, il succombe le lendemain. Il avait été placé dans une salle d'hommes ; aussi nous fûmes fort étonnés de trouver à l'autopsie un utérus bien conformé ; toutes les parties furent conservées dans l'alcool, et M. Manec les ayant examinées, c'est d'après ses notes que M. Bouillaud en donna la description :

« Dans la région des organes génitaux externes on voit une verge de grosseur moyenne terminée par un gland bien conformé, ainsi que le prépuce dont il est recouvert. L'ouverture du méat urinaire, au lieu d'occuper le centre même du sommet du gland, existe vers la partie inférieure de cette partie.

» Les bourses sont petites, mais, d'ailleurs, très-reconnaissables; les téguments, qui en forment la partie essentielle, offrent la couleur brune et le froncement qui existent à l'état normal et sont ombragés de poils; elles sont divisées en deux parties symétriques par un raphé qui s'étend du prépuce à l'anus et qui paraît un peu plus dur et plus saillant qu'on ne le rencontre ordinairement chez l'homme. Les bourses sont dépourvues de testicules; on n'y rencontre aucun vestige de ces organes. Elles ne contiennent qu'un tissu cellulaire lamelleux semblable à celui que l'on trouve dans l'épaisseur des nymphes.

» Le pénis, ou mont de Vénus, plus arrondi, plus bombé qu'il ne l'est ordinairement chez l'homme, est hérissé de poils longs, mais médiocrement abondants et s'avançant sur la verge comme pour la cacher.

» Il existe dans le bassin deux ovaires semblables par leur forme et leur structure à ceux d'une jeune fille de quinze à seize ans; deux trompes utérines avec leur pavillon et leur petite extrémité s'ouvrant dans l'utérus, comme chez une femme bien constituée. Cet utérus, d'une conformation qui ne laisse rien à désirer, occupe sa place accoutumée entre le rectum et la vessie, et va s'ouvrir dans une espèce de vagin, ainsi qu'il sera dit plus bas. La cavité de l'utérus offre ces rides arborisées que l'on rencontre chez les femmes qui n'ont point eu d'enfants. L'extrémité inférieure de cet utérus, ou le museau de tanche, fait saillie dans le vagin, ainsi que cela se voit dans l'état normal. Ce vagin, long d'environ deux pouces, d'une largeur moyenne, présente à sa face interne, d'une manière très-évidente, les rides nombreuses qu'on y remarque chez les vierges. Parvenu vers le col de la vessie, ce canal se rétrécit assez brusquement et ne forme plus, vers la portion membra-

neuse de l'urèthre, qu'un petit conduit qui se dirigeant de bas en haut va s'ouvrir, par un orifice d'environ 3 millimètres de diamètre, dans l'urèthe, à travers la paroi inférieure de la portion membraneuse indiquée plus haut, de telle sorte que l'urèthre n'est réellement que la continuation du vagin dont il vient d'être question. Cet urèthre se comporte d'ailleurs, au delà de ce point de jonction, absolument de la même manière que celui de l'homme ; il en offre tous les caractères et comme lui se trouve entouré à son origine d'une prostate bien conformée. Ce corps glandiforme imprime au canal qui le traverse une configuration semblable à celle qu'il présente dans le sexe masculin, savoir : une saillie ou verumontanum à la paroi inférieure et deux gouttières latérales dans le fond desquelles on aperçoit les orifices des follicules prostatiques ; mais sur la crête uréthrale on cherche vainement la trace de l'ouverture des canaux éjaculateurs. Au delà de la prostate l'urèthre est dépouillé, dans une longueur de huit à dix lignes, de tout tissu extérieur. Plus loin, un tissu spongieux avec renflement bulbeux s'ajoute à ce canal, l'accompagne dans tout le reste de sa longueur et s'épanouit ensuite pour former le gland. Toute cette portion spongieuse est adossée à la face inférieure des corps caverneux, lesquels, forts et développés comme chez l'homme, sont munis à leur racine d'un appareil musculaire aussi complet et peut-être plus puissant qu'on ne le trouve ordinairement chez l'homme. Les muscles bulbo-caverneux en particulier sont très-longs et très-épais ; les glandes de Cowper existent comme dans le sexe mâle.

» De même que les testicules, les vésicules séminales et les canaux déférents manquent complétement. Il ne sort par l'anneau inguinal qu'un tissu cellulaire dense, rudiment du ligament rond (le ligament large existait comme chez la femme la mieux conformée), un filet nerveux et une artère. La seule chose qui nous ait paru s'éloigner un peu de ce que l'on trouve ordinairement chez la femme, c'est le volume de cette artère, laquelle très-forte de chaque côté va communiquer par de larges anastomoses avec l'artère superficielle du périnée et les branches des artères honteuses externes.

» Absence complète des parties qui constituent les organes génitaux externes féminins, tels que la vulve, les grandes et petites lèvres, etc. »

Le chirurgien peut avoir quelquefois à intervenir dans certaines formes d'hermaphrodisme, pour permettre, sinon la conception, du moins la copulation. C'est ce qu'a fait Huguier, et nous devons à sa bienveillance la reproduction du dessin joint à notre travail, comme nous devons à celle de M. Debout la communication de l'observation dont la lecture suffira à elle seule pour montrer les causes, les résultats et la nature de l'opération pratiquée.

Dans la séance du 14 septembre 1859 de la Société de chirurgie, M. Debout plaçait sous les yeux de ses collègues le moule en plâtre des parties externes de l'appareil génital d'une jeune fille qu'on lui avait présenté comme un exemple d'hermaphrodisme :

XIX. *Développement anormal du clitoris.—Occlusion de l'ouverture vulvaire par la fusion des petites lèvres formant la paroi inférieure d'un canal dont l'orifice vient s'ouvrir au-dessous du clitoris.* — Louise D... est née à Saint-Quentin, en 1839, d'un père et d'une mère robustes et bien conformés; ses deux frères aînés, forts et vigoureux, ne présentent non plus aucune trace d'anomalie congénitale. Le vice de conformation des organes génitaux externes dont cette jeune fille est affectée n'a exercé aucune influence sur son développement. Ses instincts furent ceux des petites filles; elle recherchait les compagnes de son sexe et jouait à la poupée. Lorsque vint l'époque de la puberté ses seins se développèrent, son bassin s'élargit, et à l'âge de dix-huit ans apparut, pour la première fois, un flux menstruel qui dura une journée et fut accompagné de douleurs vives dans le bas-ventre et irradiant dans l'aine

droite. Depuis, ce flux sanguin revient régulièrement chaque mois, a la même durée, provoque les mêmes phénomènes; il s'écoule par un orifice situé au-dessous de la racine du clitoris, est toujours mêlé aux urines, ce qui laisse supposer que l'exhalation sanguine est produite par la muqueuse vésicale.

En 1859, Louise D*** avait atteint sa vingtième année, et, comme elle désirait vivement se marier, et que le médecin de sa famille déclarait qu'on ne pouvait rien tenter d'utile pour satisfaire son désir, elle me consulta.

L'examen des parties génitales externes me permit de constater l'état suivant.

Le clitoris, du volume du petit doigt, long de 4 à 5 centimètres, se termine par un gland à la base duquel, comme dans les cas d'hypospadias, il existe une ouverture par laquelle s'écoule l'urine. En arrière de la couronne du gland, sur le corps de l'organe, existe un repli cutané qui simule un prépuce refoulé. Sous l'influence de la moindre idée lascive, et souvent même spontanément, cet organe entre en érection d'une façon désagréable pour la malade.

De chaque côté du clitoris existent les grandes lèvres, dont le développement est normal; celle du côté gauche offre à sa partie moyenne un relief dû à la présence de l'ovaire, sorti de la cavité du bassin par le canal inguinal. Cette saillie de la grande lèvre lui donne l'aspect de l'une des bourses (fig. 1). Une particularité ajoute un nouveau trait à cette ressemblance. Chaque fois que le clitoris entre en érection, on voit un mouvement ascensionnel se produire dans les grandes lèvres, comme si elles étaient doublées d'un muscle crémaster.

Cet ovaire, que plusieurs confrères considèrent comme un testicule, est un corps ovoïde du volume d'une grosse amande. Il offre la consistance mollasse des organes glandulaires, une pression même légère y détermine de la douleur. A sa partie supérieure, à travers l'épaisseur de la grande lèvre, on constate l'existence d'un petit cordon fuyant sous la pression du doigt; ce cordon disparaît au niveau de la branche horizontale du pubis.

Lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on ne trouve aucun vestige d'ouverture vulvaire ; celle-ci est remplacée par une cloison formée à l'extérieur par une peau recouverte d'épithélium. Sur la ligne médiane existe un raphé qui se prolonge de la commissure des grandes lèvres à l'ouverture située en arrière du gland du clitoris. Cet orifice permet l'introduction d'une sonde de femme; arrivé à 4 ou 5 centimètres, le bec de l'instrument vient se heurter sur une valvule qui l'arrête ; pour franchir cet obstacle et passer sur le bord libre de la valvule, il faut faire exécuter à la sonde un mouvement de bascule (fig. 3). Si on lui substitue une sonde d'homme et qu'on dirige la concavité en arrière, on pénètre à 11 centimètres; elle n'est pas dans la vessie, car l'urine ne s'écoule pas. Le doigt, placé dans le rectum, sent le bec de l'instrument à travers une paroi peu épaisse. Cette partie de l'instrument peut être mue latéralement dans une certaine étendue. Enfin, si on retire la sonde, en ayant soin de boucher le pavillon avec le doigt, on ramène de la cavité vaginale, tantôt un liquide séro-muqueux semblable à celui fourni par les flux leucorrhéiques, tantôt un liquide plus épais, transparent, analogue à la glaire d'œuf, comme celui qu'on observe surtout dans les cas de catarrhe utérin.

De l'ensemble de ces faits, nous n'avons pas hésité à admettre qu'il existait, et un utérus, et un vagin, et que, par conséquent, il y avait lieu de pratiquer l'incision de la cloison épaisse qui obstruait l'ouverture vulvaire. Mais avant de procéder à cette opération, nous avons dû prendre l'avis de nos collègues de la Société de chirurgie.

Cette jeune personne n'ayant aucun parent ici, je la fis admettre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Hugier. J'avais vu ce chirurgien pratiquer en ma présence un vagin artificiel avec une grande habileté sur une jeune femme de Mony, et je ne doutais pas un instant qu'il obtînt un nouveau succès chez ma protégée.

L'opération convenue est pratiquée le 10 décembre 1859. On introduit par l'orifice une sonde dont la courbure est dirigée en avant et on divise les parties molles situées en avant de l'instru-

ment, jusqu'à 2 centimètres de l'anus. Cette incision met à découvert : 1° l'orifice du vagin, à l'entrée duquel se trouve une valvule formée par la muqueuse froncée qui forme une sorte d'hymen : c'est cette membrane qui formait obstacle à l'entrée de la sonde ; 2° le méat du canal de l'urèthre situé au-dessus et sur un plan un peu plus reculé. Une algalie introduite par cet orifice donne issue à une quantité assez considérable d'urine.

Deux autres incisions, partant de l'extrémité anale de la première et se dirigeant à droite et à gauche sur la peau des fesses, de manière à simuler un V renversé, permettent de réunir les bords de la première incision avec la muqueuse qui tapisse l'ouverture vaginale. Un troisième point de suture au niveau de la fourchette réunit la muqueuse à la peau.

Pour tout pansement, on introduit une mèche dans le vagin.

23 *janvier*. — Une sonde de femme est introduite dans le vagin et par le toucher rectal on reconnaît le chemin qu'elle parcourt, qui est de plusieurs centimètres ; on lui substitue un dilatateur qui, écartant latéralement les bords de l'ouverture du canal, laisse voir l'éperon qui existe sur sa paroi postérieure.

4 *février*. — La malade a ses règles, elles sont très-douloureuses comme toujours. Le sang ne sort pas par le vagin, mais il est rendu avec les urines.

15 *février*. — L'introduction de mèches, dont le volume est assez considérable, n'amenant pas une ampliation bien sensible de l'orifice vulvaire, et l'action du dilatateur provoquant toujours la déchirure de quelques fibres de cette ouverture, M. Huguier se décide à faire une seconde opération. Il pratiqua donc deux nouvelles incisions d'environ 3 centimètres à la partie inférieure et latérale de l'orifice vulvaire et s'étendant sur le tégument de chacune des fesses, puis une troisième intéressant dans une longueur de 1 centimètre la portion périnéale.

Un petit spéculum, immédiatement introduit dans le vagin, permet de constater l'existence d'un col utérin peu développé, il est

vrai, mais bien conformé et percé à son centre d'une ouverture très-étroite.

On place une sonde à demeure dans la vessie, un tampon dans le vagin, et le tout est maintenu au moyen d'un bandage en T. Ce pansement, à l'exception de la sonde qui est retirée de la vessie quelques jours après, est continué jusqu'à la cicatrisation complète des parties.

10 *avril.* — La malade, complétement guérie, demande à sortir. L'orifice vulvaire permet facilement l'introduction du doigt indicateur et celle du spéculum. On constate que le col de l'utérus est dirigé en bas et à gauche. Un stylet introduit dans l'ouverture du col pénètre d'environ 1 centimètre dans la cavité de cet organe. Enfin, l'orifice anal est placé sur un plan plus antérieur qu'avant l'opération.

Aujourd'hui, trois années se sont écoulées depuis son départ de Paris, et une lettre récente m'informe que Louise D... n'a rien perdu des bénéfices de l'opération qui lui a été faite.

FIN.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Fig. 1. Parties génitales externes de la nommée Louise D. avant l'opération. — La grande lèvre gauche est soulevée par un corps ovoïde qui paraît être le testicule. Une sonde est introduite par l'ouverture qui existe à la partie supérieure de la membrane qui ferme le vagin et la soulève.

Fig. 2. Les parties génitales après l'opération. — L'ouverture du vagin se trouve à l'endroit qui répond à la fourchette, sur la saillie qui existe en cet endroit se trouve l'ouverture du canal de l'urèthre très-éloigné du clitoris.

Fig. 3. Coupe du bassin, pour montrer la position supposée des parties profondes.

Fig. 4. Parties génitales externes de la nommée Augustine F. — On voit sur les petites lèvres les traces des incisions faites pour l'opération, qui a créé *un nouveau vagin.*

Les dessins sont tirés de l'Atlas inédit de M. Huguier, qui a bien voulu nous permettre de les reproduire.

Fig. 1

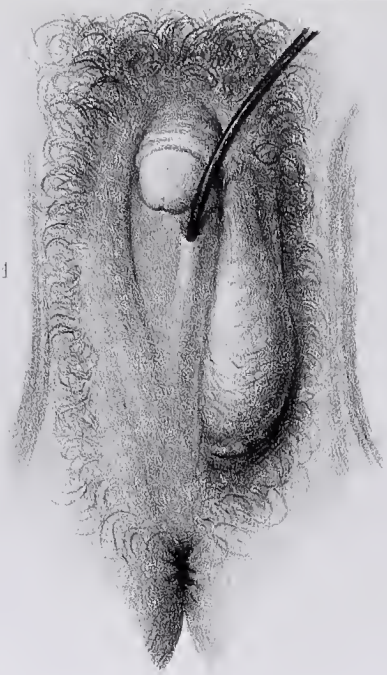


Fig. 2

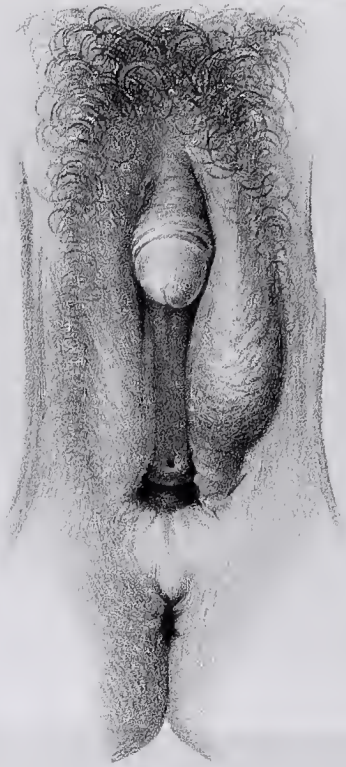


Fig. 4

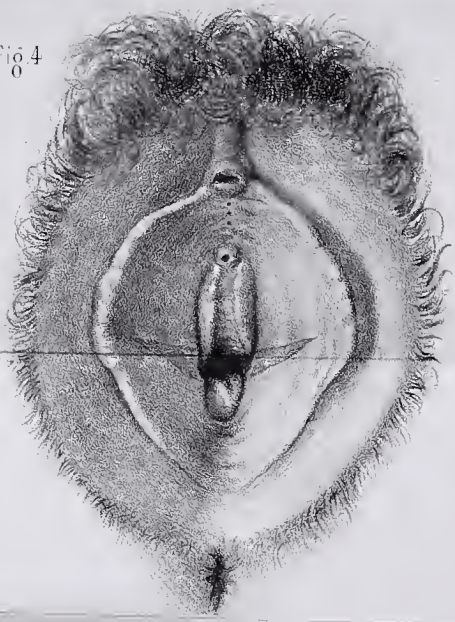
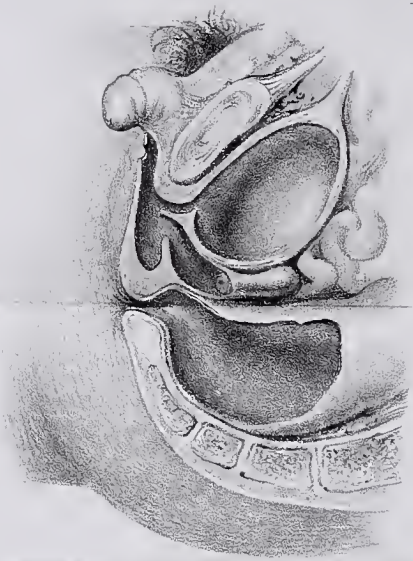


Fig. 3



Leveille lith

Imp. Lemercier r. de Seine S. Pal.

TABLE DES MATIÈRES

Pathogénie 6

Vices de conformation de l'utérus 19

I. Absence de l'utérus 25

II. Uterus unicornis 40

III. Uterus bipartitus 46

A. Diductus 47

B. Bicornis 55

C. Globularis 69

IV. Uterus semi-partitus 70

V. Uterus unilocularis 75

VI. Uterus acollis 76

VII. Uterus fœtalis 77

VIII. Utérus sans cavité 79

IX. Uterus flexus 80

X. Anomalies exceptionnelles 82

Des fonctions utérines dans les cas d'utérus double.

I. De la menstruation 84

II. De la fécondation et de la grossesse 87

III. De la superfétation 100

De l'imperforation de l'utérus 104

Vices de conformation du vagin 116

I. Ouverture dans un lieu anormal 117

II. Cloisonnement du vagin 124

III. Atrésie congénitale du vagin 136

IV. Oblitération du vagin 137

V. Absence du vagin 143

De l'hermaphrodisme dans ses rapports avec les vices de conformation de l'utérus et du vagin.

I. Hermaphrodisme latéral..... 175
II. Hermaphrodisme vertical..... 195
III. Hermaphrodisme transverse..... 196

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.